

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 26

Travail du Service de Dermatologie du Docteur GATÉ
et du Laboratoire de Radiologie de l'Antiquaille

Le traitement
de la Tuberculose verruqueuse
par les rayons X
(par la méthode du Docteur J. COSTE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René CROUZET

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 15 Octobre 1907 à POUJOLS (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

Le traitement de la tuberculose verruqueuse
par les rayons X



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail du Service de Dermatologie du Docteur GATÉ
et du Laboratoire de Radiologie de l'Antiquaille

Le traitement
de la Tuberculose verruqueuse
par les rayons X
(par la méthode du Docteur J. COSTE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René CROUZET

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 15 Octobre 1907 à POUJOLS (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, *président* ; CHALIER J., *assesseur* ;
DUFOURT et GATÉ, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail en hommage de profonde affection et d'infinie gratitude.

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH NICOLAS

*Professeur de Clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Officier de la Légion d'honneur*

Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de notre
jury.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GATÉ

*Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux*

Il nous a inspiré le sujet de notre
thèse et nous en a facilité l'exécution.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULES COSTE

Chef de laboratoire de Radiologie des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous ouvrir large-
ment l'accès de son laboratoire. La
substance de ce travail lui appartient.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE LYON
ET DE MONTPELLIER
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Le traitement de la tuberculose verruqueuse par les rayons X

Introduction

La fréquence et la gravité des tuberculoses d'inoculation primitive à la peau, la résistance qu'elles offrent aux divers traitements, ont amené les dermatologistes à leur opposer successivement les agents thérapeutiques les plus variés. Les caustiques, le raclage, la cautérisation, les agents physiques, l'exérèse chirurgicale, les médications chimiques et spécifiques, se partagèrent tour à tour la faveur des spécialistes. Seule la radiothérapie, dont les premières applications à la dermatologie avaient suscité tant d'enthousiasme, est aujourd'hui tenue à l'écart.

C'est ainsi que Darier, dans la dernière édition de son *Précis de Dermatologie*, après avoir préconisé l'exérèse chirurgicale ou, à défaut, toute une série d'autres moyens thérapeutiques, dit en substance : « Les rayons X et le radium, employés seuls, ne sont pas à conseiller. » Tout au plus leur accorde-t-il un rôle adjuvant pour prévenir les récidives.

L'Ecole dermatologique lyonnaise partagea longtemps l'opinion classique et Moutot, en 1907, dans

une thèse inspirée par M. le Professeur Nicolas, défend l'exérèse chirurgicale. Mais l'observation clinique journalière ne tarda pas à montrer que si les résultats immédiats sont en général satisfaisants, il n'en est pas de même des résultats éloignés. On constata que beaucoup d'anciens opérés succombaient à des tuberculoses plus ou moins rapides quelque temps après l'intervention sanglante.

On revint alors à des thérapeutiques moins brutales et, vers l'année 1920, le Docteur Coste, qui venait de mettre au point sa technique radiothérapique personnelle, eut l'idée d'en faire bénéficier les malades atteints de ces affections redoutables.

Aujourd'hui, avec un recul d'une dizaine d'années, l'Ecole Lyonnaise de l'Antiquaille peut se féliciter de l'excellence des résultats obtenus et n'hésite pas à considérer qu'à l'heure actuelle, la radiothérapie, employée avec cette technique, constitue le traitement de choix de la tuberculose verruqueuse.

M. le Professeur agrégé Gaté a bien voulu nous confier l'exécution d'une étude générale de la question et nous aider de ses précieux conseils.

M. le Docteur Coste nous a initié à ses méthodes et fourni les éléments qui ont servi de base à notre travail. Il nous a fait largement profiter de son expérience si avertie.

Enfin M. le Professeur Nicolas, avec son amabilité et sa courtoisie habituelles, nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Que nos maîtres veuillent bien trouver ici, avec nos plus vifs remerciements, l'expression de notre profond respect.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Dès que fut découverte l'action thérapeutique des rayons de Röntgen sur certaines maladies de la peau, les premiers radiothérapeutes songèrent naturellement à faire profiter de la nouvelle méthode ces affections si rebelles aux divers traitements què sont les tuberculoses cutanées.

Parmi les nombreuses formes que revêt au niveau de la peau l'infection tuberculeuse, celle qui se révéla dès le début comme la plus favorablement influencée par l'exposition aux rayons fut la tuberculose verruqueuse.

C'est ainsi que dès 1902, Gastou, Vieira et Nicolau, qui n'avaient obtenu dans le lupus que des améliorations insignifiantes, présentent, à la Société française de Dermato-Syphiligraphie, l'observation d'une malade atteinte de tuberculose verruqueuse du dos de la main et que la radiothérapie avait presque guérie.

« P..., 45 ans, ménagère. Début de la maladie à

l'âge de 20 ans par un petit nodule occupant la peau de la face dorsale de l'index. Depuis 15 ans elle a été traitée à plusieurs reprises par différents procédés : pointes de feu (ou galvano-cautère), curettage, etc... L'amélioration, toujours de courte durée, était suivie de récédive à brève échéance. Petit à petit le placard s'est étendu, gagnant du côté de la main.

« Au moment où nous avons institué le traitement par les rayons X on constatait une infiltration diffuse dans laquelle se détachaient de nombreux tubercules, infiltration qui occupait la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la face dorsale de l'index et de la face dorsale de la main comprise entre le premier et le troisième espace interosseux. En haut elle s'étend jusqu'au voisinage de la région carpienne. Le traitement est commencé le 22 mai, mais il n'a pas été suivi régulièrement. Il a subi trois interruptions, deux fois pendant deux semaines et une fois pendant un mois. Ordinairement le traitement a été appliqué tous les deux jours, dans les conditions suivantes :

« Exposition de la région malade (les parties voisines étant protégées par une lame de plomb) pendant 15 minutes à 10 cm. de l'ampoule. La force de pénétration correspondait à la sixième division du radiochromomètre de Benoist. La longueur de l'étincelle était de 15 cm. ; l'intensité du courant était de 25 à 30 volts sous un régime de 4 à 5 ampères.

« Après une série de 10 séances, on commence à observer une amélioration ; l'infiltration est moindre, les tubercules sont moins nettement dessinés et par-ci, par-là, commencent à apparaître dans l'épaisseur

de la peau des îlots et des bandes d'un tissu d'aspect blanchâtre qui est du tissu de sclérose. On continue le traitement dans les mêmes conditions.

« L'infiltration et les tubercules disparaissent de plus en plus, à mesure que le tissu de sclérose progresse.

« Jusqu'à présent la malade a eu en tout 35 applications de rayons X. L'état de la région traitée est le suivant : il n'y a pas de cicatrice déprimée, mais par sa couleur gris blanchâtre elle tranche nettement sur l'aspect des régions voisines.

« Au toucher, le tissu qui s'est substitué à l'infiltration tuberculeuse est de consistance dure, scléreuse ; au niveau de l'index il gêne les mouvements de flexion des phalanges, mais il n'existe pas une ankylose véritable. Sur le dos de la main on observe encore quelques tubercules (4 à 5) dans la profondeur de la peau. Par conséquent la malade n'est pas encore guérie mais elle est très améliorée. Nous allons continuer le traitement et vu le résultat obtenu jusqu'à présent nous pouvons augurer une prochaine guérison. »

Les auteurs ajoutent que si ces applications n'ont pas donné un meilleur résultat cela tient très probablement à la nécessité de modifier la qualité, la quantité des rayons, la distance de l'ampoule à la partie malade, la durée et la fréquence des séances.

Ullmann, en 1903, a soigné un malade, aide d'anatomie, qui lui avait été envoyé pour des tuberculides verruqueuses en plaques se développant symétriquement sur la face dorsale des deux mains. Il paraissait s'être inoculé par l'intermédiaire d'un cadavre. Ces

lésions furent soumises à la radiothérapie et le résultat obtenu fut des plus encourageants. (3 séances en 3 jours, ampoule molle, distance 15 cm.)

Th. Bowen, quelques mois plus tard, relate un cas de lupus verruqueux très amélioré par les rayons X.

En 1904, Bécélère présente à la Société française de Dermatologie une jeune femme dont le pied était atteint d'un lupus verruqueux recouvrant toute la région du tendon d'Achille et débordant sur les deux faces interne et externe dans une étendue plus grande que celle de la paume de la main. Il existait une infiltration profonde du derme, des saillies verruqueuses très apparentes, en un mot un épaissement de la peau tellement marqué que le cas était certainement au-dessus des ressources de la photothérapie. « Mais on peut dire que là où finit le domaine des ultra-violets commence celui des rayons de Roentgen, et de fait cette malade semble guérie. La marche du traitement, confié à mon chef de laboratoire, fut d'ailleurs déplorablement lente et tout au début traversée par des accidents de radiodermite avec ulcération superficielle. A ce moment (1902), le dosage de l'agent thérapeutique n'était pas encore pratiqué ni le traitement bien réglé.

Si satisfaisant que soit le résultat final, ce cas n'en montre pas moins, par contraste avec la marche rapide de la guérison dans les deux observations précédentes (épithélioma cutané de la tempe, néoplasme du sein), et tout en tenant compte de la diversité des affections morbides, quelle importance ont en radiothérapie la méthode et surtout le dosage exact du nouvel agent thérapeutique. »

Dans le *Journal of cutaneous diseases* (janvier 1906), J.-B. Shelmire relate l'observation d'une négresse atteinte de tuberculose verruqueuse des joues, du menton et du haut du cou. L'affection s'aggrava après six séances de radiothérapie et fut très améliorée par un curettage sous le chloroforme suivi de cautérisations à l'acide phénique et de deux séances de rayons X.

En 1907, M. Tixier, Barjon et Bertrand présentent à la Société des Sciences médicales de Lyon l'histoire clinique d'une malade atteinte de tuberculose verruqueuse de la lèvre inférieure et guérie par la radiothérapie. La malade avait subi depuis un an différents traitements sans succès. On commença le traitement radiothérapique. Après trois séances rapprochées (10 à 12 H), on constate une amélioration nette. On fait deux autres séances (24 H en tout). La guérison est complète et se maintient depuis un mois. Les auteurs ne donnent pas de détails sur la technique.

Henri Moutot, dans son importante thèse (Lyon, 1907), dit que la radiothérapie et les rayons Finsen ont pu donner quelques succès dans le traitement de la tuberculose verruqueuse, mais il se rattache à l'opinion de Leredde, qu'il cite : « Il est bien évident que si ces méthodes peuvent parfois donner des résultats dans les lupus très superficiels, elles doivent rester sans action sur les formes cornées. Tout au plus peut-on les considérer comme des méthodes adjuvantes et conseiller au besoin la radiothérapie et la photothérapie de la cicatrice, ce qui préviendrait les récidives. »

Et pourtant, quelques mois plus tard, Pestel (Thèse Paris, 1908) publie les résultats remarquables que lui

a donnés cette méthode dans 24 cas de tuberculose cutanée végétante. Il a obtenu 11 guérisons et 13 améliorations importantes.

Sa technique est la suivante (d'après ses conclusions) :

a) Emploi de rayons pénétrants marquant en moyenne 9° au radiochromomètre de Benoist.

b) Exposition de la lésion aux rayons jusqu'à l'obtention de la teinte B. du radiomètre de Sabouraud et Noiré (correspondant à 5 H).

c) La distance de l'ampoule à la lésion est de 15 cm., par suite, d'après les calculs du Docteur Danlos, la surface irradiée est d'un diamètre de 6 cm.

d) Les séances d'irradiation sont répétées toutes les semaines jusqu'à l'obtention (dans la majorité des cas après la 3° ou 4° séance) d'une radiodermite légère, curative, se cicatrisant au bout de 15 jours environ.

e) Le nombre des séances est donc proportionnel non seulement à l'étendue des lésions mais encore à la facilité de réaction, facteur individuel très variable d'un sujet à l'autre, et suivant la nature et la localisation des lésions.

Dans les observations publiées le nombre des séances varie de 4 à 14. La guérison ou l'amélioration nette n'ont été obtenues qu'au bout de plusieurs mois (de 2 à 6 mois).

En 1918, Cottenot reconnaît que la radiothérapie est capable à elle seule de guérir la tuberculose verruqueuse mais il ajoute qu'il faut faire des irradiations intensives et que le traitement doit être poursuivi pendant plusieurs mois. Il a renoncé au traitement

radiothérapique exclusif. D'après lui, la méthode la plus sûre et la plus rapide, donnant les meilleurs résultats esthétiques est la suivante :

« On fait une rugination complète (après anesthésie locale à la cocaïne) et ensuite application de 5 H. filtrés sur 2 mm. Al. Vingt jours après, on redonne 5 H. Cette dose est en général suffisante.

Reprenant la question en 1920, il écrit (*Paris Médical*, 7 février) :

« La radiothérapie ne doit pas être employée seule car on serait obligé de donner de trop fortes doses ; si la lésion est excisable chirurgicalement, c'est le traitement le plus simple, sinon, ce qui est malheureusement le cas le plus souvent, en raison de son étendue et de son siège, le grattage suivi immédiatement de radiothérapie est le traitement de choix ; si on se contente de la rugination seule on a de bien grandes chances de voir la lésion récidiver. Les rayons X assureront la guérison. »

Cette opinion est partagée par L. Nahan qui, en 1924, dans le *Journal Médical Français*, dit qu'il est préférable de recourir au raclage et aux irradiations combinées « car la radiothérapie, employée seule, ne détermine que très rarement la guérison de cette affection, et encore faut-il employer de très fortes doses ».

En avril 1927, Payenneville et Billiard (*Normandie Médicale*) publient l'observation d'un malade qui présentait une plaque de tuberculose verruqueuse du dos de la main. La guérison fut obtenue après curettage à fond des lésions et application immédiate d'une dose massive de 20 H., sans filtre, avec un rayonne-

ment moyennement pénétrant, en circonscrivant avec soin les bords de l'ulcération. Le malade n'a pas été revu.

Enfin, à la séance du 23 mai 1929 de la Réunion Dermatologique de Lyon, MM. J. Gaté, J. Coste et P. Michel ont présenté deux malades dont nous publions les observations sous les numéros 49 et 50, et qui étaient atteints de lésions extrêmement étendues et destructives. Ces malades, soignés par le Docteur Coste avec la technique que nous allons décrire, furent considérablement améliorés. Comme nous reproduisons plus loin les observations détaillées, nous nous contenterons ici de signaler le fait.

Au dernier Congrès de Dermatologie de Copenhague (1930), MM. J. Nicolas, J. Gaté, J. Coste et P.-J. Michel viennent de faire une communication intitulée: « La radiothérapie à feu nu, rayonnement moyennement pénétrant, séance unique, dans le traitement de la tuberculose cutanée (ulcérations tuberculeuses, gommes tuberculeuses, lupus nodulaire, tuberculose verruqueuse. » Après un exposé rapide de la technique employée ils s'attachent à établir les indications de la radiothérapie dans ces diverses formes de tuberculose cutanée et donnent ensuite une analyse détaillée des résultats obtenus dans la tuberculose verruqueuse.

C'est cette étude que nous allons reprendre, en nous limitant à cette dernière affection et en publiant intégralement les observations qui lui ont servi de base.

Signalons en terminant que, dans un article remis à l'impression en juin 1930 et à paraître dans l'*Ame-*

rican X ray Journal de Saint-Louis (U. S. A.), MM. Gaté, Coste et Michel, en s'appuyant sur les deux observations déjà citées, ont démontré que la Roentgenthérapie, utilisée avec la technique du Docteur Coste, constitue sans aucun doute, à l'heure actuelle, le traitement de choix de la tuberculose verruqueuse.

CHAPITRE II

Les rayons X d'après la technique du D^r Coste

A. — BASES THÉORIQUES.

Nous venons de voir, dans ce long historique, comment a évolué, avec les auteurs et les époques, la technique radiothérapique en ce qui concerne la tuberculose verruqueuse.

A la première période, purement empirique, comme on ne possédait pas encore les moyens de mesurer la quantité et la qualité du rayonnement, les effets obtenus étaient inconstants et parfois contradictoires.

Certains auteurs employaient des doses massives, répétées à des intervalles en général très rapprochés jusqu'à ce qu'apparaisse une radiodermite le plus souvent longue à guérir ; d'autres se servent aussi de doses massives mais à intervalles très éloignés ; d'autres enfin de doses faibles.

Après l'apparition des appareils de mesure (radiochromomètre de Benoist, spintermètre de Bécclère, chromoradiomètre d'Holznecht), nous voyons les mé-

thodes se systématiser : trois techniques différentes se font jour :

La méthode des doses massives intermittentes, celle des doses maxima intermittentes, enfin celle des doses moyennes ou faibles répétées.

Les radiothérapeutes contemporains, dans le but d'éliminer les rayons inactifs, d'augmenter la pénétration et la sélectivité du rayonnement, ont fini par aboutir aux méthodes généralement en honneur aujourd'hui.

En opposition formelle avec les techniques actuelles se trouve celle que notre Maître le Docteur Coste a mis peu à peu au point et dont il peut actuellement apprécier les excellents résultats avec un recul d'une dizaine d'années.

Il nous est impossible, dans le cadre réduit d'une thèse, de nous étendre longuement sur les considérations théoriques et les observations cliniques qui ont amené le Docteur Coste à mettre au point sa technique radiothérapique. On trouvera d'ailleurs ces documents détaillés dans les publications déjà faites ⁽¹⁾. Nous nous bornerons donc à citer les conclusions de son rapport au 50^e Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences.

(1) D^r J. COSTE, *Rapport au 50^e Congrès de l'A. F. A. S.*, Lyon, 1926.

« La Röntgenthérapie des épithéliomas cutanés et cutanéomuqueux, méthode de la longueur d'onde moyenne, feu nu, séance unique. Application à la Röntgenthérapie antinéoplasique et à la Röntgenthérapie en général. »

D^r G. GIREL, *La Röntgenthérapie des épithéliomas muqueux et cutanéomuqueux (par la méthode du D^r J. Coste)*. Thèse, Lyon, 1926, Masson, édit.

« I. — A la technique roentgenthérapique, superficielle ou profonde, employée généralement et qui repose sur les conceptions classiques suivantes :

« a) Rayonnement très pénétrant ;

« b) Forte filtration ;

« c) Séances répétées en un temps relativement court, j'oppose la technique qui se résume ainsi :

« a) Rayonnement moyennement pénétrant ;

« b) Pas de filtration ;

« c) Forte dose en une séance unique.

« II. — Cette technique, simple et rapide, me semble judicieuse parce que les résultats cliniques ont démontré :

« a) Que la cyto-causticité élective n'appartient pas exclusivement à un rayonnement très ou ultra pénétrant, mais qu'elle est une propriété d'un rayonnement X quelconque dépendant avant tout de la quantité de ce rayonnement et non de sa qualité ;

« b) Qu'une forte dose (20 à 25 H.) de rayons moyennement pénétrants ne détermine sur la peau saine que des lésions de radio-épidermite et non de radiodermite ;

« c) Que la pénétration de ce rayonnement est suffisante pour atteindre et stériliser les couches les plus profondes d'un néoplasme de 5 à 6 cm. de profondeur ;

« d) Que le rayonnement de longueur d'onde moyenne (16 à 20 cm. d'étincelle équivalente au spintermètre entre pointes) est celui qui paraît le mieux s'adapter à tous les cas ;

« Mais à la condition absolue que :
le rayonnement moyennement pénétrant soit utilisé
suivant notre technique, c'est-à-dire :

« Sans filtre ;

« En une séance unique. »

(Docteur J. COSTE.)

B. — TECHNIQUE.

Le diagnostic de tuberculose verruqueuse étant parfaitement établi, nous soumettons le malade au traitement sans préparation spéciale.

1° La lésion à traiter est parfaitement circonscrite avec des caches en plomb faits « sur mesures », épousant tous ses contours. On comprend dans la zone irradiée une large bordure de peau saine autour de la lésion visible. Ces caches sont fixés par des bandes de leucoplaste et par la pression du localisateur circulaire ordinaire ou de localisateurs spéciaux à tube de plomb, facilement malléables et adaptables à la forme de la région.

Si la lésion possède un grand diamètre inférieur à 7 ou 8 cm., on l'irradie dans une seule séance. Mais si la plaque est très grande on la divise en secteurs de 8 cm. de diamètre environ qui sont irradiés séparément.

2° *L'instrumentation* qui a été utilisée pour les malades que nous présentons est la suivante :

Deux types d'appareils :

1° La crédence n° 2 Gaiffe avec ampoule R. N.
Pilon ou Coolidge Standard.

2° Le meuble à pénétration variable Gaiffe ou
Ropiquet avec ampoule Coolidge à radiateur.

3° *La qualité du rayonnement* est définie par les conditions suivantes :

Avec la crédence :

Etincelle équivalente : 16 cm. en moyenne.

Ampérage : 2 millis.

Avec le meuble à pénétration variable :

Ampérage : 2 millis.

Etincelle équivalente non mesurable mais correspondant à 13-14 cm. avec un voltage de 60.000 volts efficaces environ.

4° *Distance anticathode-peau.*

Elle est en moyenne de 20 à 24 cm. On applique la loi de Lambert.

5° *Quantité de rayonnement.*

Sous un ampérage de 2 millis les doses habituelles de rayonnement varient entre 3.500 et 4.500 R.

6° *Pas de filtre, feu nu.*

En résumé : Avec la Standard Coolidge :

Ampérage : 2 millis.

Etincelle équivalente : 16 cm.

Pas de filtre.

Durée d'exposition : 35 à 45 minutes.

Avec la Coolidge à radiateur :

Ampérage : 2 millis.

Voltage : 85.000 volts inefficaces correspondant à 60.000 efficaces environ.

Pas de filtre.

Durée d'exposition : 50 à 60 minutes, soit 3.000 à 3.200 R.

C. — MARCHÉ DES LÉSIONS APRÈS IRRADIATION UNIQUE.

L'exposition aux rayons ne se traduit d'abord par aucune modification de l'aspect macroscopique.

Vers le deuxième jour on voit apparaître, parfois, un léger érythème qui s'efface rapidement. Quelques jours après (13 ou 14^e après exposition), un nouvel érythème plus foncé se produit sur la bande de peau saine qui entoure la lésion. Cet érythème évolue comme une radio-épidermite. Il dure environ deux ou trois semaines en s'accompagnant de desquamation furfuracée. Quelquefois il y a exulcération qui se cicatrise en quelques semaines.

Autour de la lésion on voit se former un bourrelet blanchâtre de tissu cicatriciel qui va envahir peu à peu toute la zone malade.

En même temps les végétations papillaires s'affaissent rapidement, les croûtes tombent, la suppuration diminue de plus en plus, et la plaie prend l'apparence d'une ulcération rosée de bon aloi, de niveau, ou presque, avec les téguments environnants.

Vers la sixième semaine la cicatrisation est en général obtenue. Il ne persiste qu'une coloration rougeâtre qui s'efface peu à peu jusqu'à ce qu'il ne reste plus, à la place de l'ancienne plaque, qu'une cicatrice lisse, souple, sans télangiectasies, sans pigmentation, presque invisible.

Mais, lorsque les placards sont très étendus et épais, il peut se produire une escharre qui s'éliminera peu à peu. Il en résulte une ulcération qui demande parfois de longues semaines avant d'arriver à la cicatrisation. Il ne se produit en aucun cas de radiodermite

grave avec radionécrose étendue comme on en observe après des irradiations répétées.

D. — SOINS IMMÉDIATS ET CONSÉCUTIFS.

Pendant toute la durée de la période de latence il n'y a pas de soins spéciaux à mettre en œuvre. Il faut se garder au contraire de toute manœuvre pouvant irriter la zone irradiée. Le Docteur Coste insiste beaucoup sur la nécessité d'éviter tout traumatisme.

Dès que la période de latence est passée, que l'aspect de la plaque commence à se modifier, il y a lieu d'instituer les pansements qui devront être dorénavant renouvelés chaque jour jusqu'à complète cicatrisation.

On commence par effectuer, au moyen d'une forte seringue ou d'un bock à injections, un lavage soigneux au sérum physiologique des régions traitées. On applique ensuite, sur toute la zone érythémateuse, des compresses recouvertes de la pâte suivante :

Sous-nitrate de bismuth.....	4 gr.
Oxyde de zinc.....	4 gr.
Lanoline	15 gr.
Vaseline	15 gr.

On termine le pansement en matelassant largement de coton.

Il peut se faire parfois, après irradiation, que la peau conserve pendant quelque temps un aspect légèrement squameux. Des applications de vaseline suffiront à lui rendre son apparence normale.

Nous avons déjà dit que la cicatrice obtenue était, le plus souvent, très belle. Elle n'en reste pas moins assez fragile pendant quelque temps et nous pensons

qu'il y aurait intérêt à la protéger pendant cette période à l'aide d'appareils rigides en cuir moulé.

E. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS.

Si la radiothérapie, appliquée avec la technique que nous venons de décrire, possède une efficacité remarquable vis-à-vis de la tuberculose verruqueuse, il n'en est pas de même envers les autres formes de bacillose cutanée qui, elles, sont justiciables d'autres thérapeutiques. Il importe donc de préciser avec soin le diagnostic, au moyen d'une biopsie, au besoin.

Celui-ci bien établi, on soumettra au traitement roentgenthérapique les malades reconnus atteints de tuberculose verruqueuse.

Il n'y a pas lieu d'établir une distinction, au point de vue thérapeutique, entre les diverses formes de cette affection, qu'il s'agisse de tubercule anatomique, de tuberculose verruqueuse, d'inoculation exogène primitive à la peau, ou de formes d'inoculation secondaire chez des tuberculeux avérés.

Le traitement ne nécessitant pas d'anesthésie, n'entraînant aucun choc ni aucune perte sanguine, peut être appliqué sans danger à tous les malades, quel que soit leur état général. Il n'est donc pas contre-indiqué chez les tuberculeux pulmonaires même très avancés.

Bien plus, comme nous le montrerons dans nos observations, on constate d'une manière habituelle un relèvement important de l'état général de ces malades.

À notre avis, il n'existe pas de contre-indications à

la mise en œuvre de ce traitement. On ne pourrait peut-être hésiter à l'appliquer que lorsqu'il s'agit de malades condamnés à brève échéance. Dans ces cas un examen approfondi de chaque malade décidera de la conduite à tenir.

F. — INSUCCÈS. INCIDENTS.

Il arrive parfois, au cours de la cicatrisation, d'observer la persistance de petits nodules isolés. Il s'agit dans ces cas, le plus souvent, d'erreurs de diagnostic. Pourtant, le fait peut se voir aussi dans le tubercule anatomique.

Nous n'avons relevé, depuis que la méthode est appliquée, que deux cas d'insuccès partiels, constatés au niveau de la région traitée et tenant sans doute à une application imparfaite. Tout rentra dans l'ordre après une nouvelle irradiation.

Plus ennuyeux sont les incidents dus aux rayons eux-mêmes et en particulier les radiodermites.

Les radiodermites qui se produisent, rarement d'ailleurs après irradiation unique, n'ont rien de commun avec les radiodermites graves, ulcéreuses, interminables et récidivantes, très douloureuses, que l'on observe après des irradiations répétées. Ce sont des radiodermites simples qui guérissent toujours assez rapidement.

Il peut arriver parfois, lorsque la dose de rayonnement a été trop forte, que le processus de sclérose que nous cherchons à provoquer, dépasse, en quelque sorte, le but, et entraîne secondairement une rétrac-

tion fibreuse qui peut devenir gênante en certaines régions. Il est alors très simple d'exciser chirurgicalement ces tissus stérilisés.

Nous n'avons jamais observé de dégénérescence épithéliomateuse des régions irradiées.

CHAPITRE III

Quel est le mécanisme de la guérison ?

Les rayons de Roentgen, utilisés avec la technique que nous décrivons, guérissent la tuberculose verruqueuse.

Quel est le mécanisme de cette action ? Agissent-ils sur l'agent infectieux, le bacille de Koch, ou bien sur les tissus en augmentant leur résistance vis-à-vis de cet élément infectieux ?

Par analogie avec l'action bactéricide de la lumière solaire directe et même diffuse sur les cultures microbiennes, il était naturel de se demander si les rayons X qui venaient de se révéler comme doués d'un grand pouvoir destructeur sur les tissus vivants, n'étaient pas capables de détruire aussi la vie chez les êtres microscopiques.

Cette étude a été faite par de nombreux expérimentateurs. Seuls, deux d'entre eux, Rieder et Blackie, prétendent avoir réussi à diminuer considérablement la virulence et la vitalité des cultures pures de bacilles

de Koch. Une dose considérable de rayons fut nécessaire à Rieder pour obtenir ce résultat. L'auteur ajoute d'ailleurs : « Il n'est pas nécessaire en pratique, à l'intérieur du corps humain, de tuer les bactéries. Il suffit de mettre obstacle à leur développement. De cette façon, le sang, gardien naturel de l'organisme, peut, grâce à son pouvoir bactéricide, compléter la destruction des germes pathogènes. »

Tous les autres auteurs sont d'accord pour refuser aux rayons X toute action empêchante sur les cultures de bacilles de Koch.

En mai 1897, Bergonié et Ferré étudient leur action sur la virulence et la vitalité des cultures pures : ils concluent que leur influence est absolument nulle sur la vitalité et que la virulence est peut-être atténuée, mais dans des proportions tout à fait négligeables. (L'évolution de la tuberculose chez les cobayes inoculés parut seule un peu retardée.)

La même année, Fr. Pott communiquait à la Société médicale de Bournemouth les résultats de ses expériences. Ils n'ont absolument aucune action sur la vitalité des B. K.

Scholtz, reproduisant les expériences de Rieder, obtient des résultats tout à fait opposés. Freund, Giesel, Walkoff nient aussi l'action bactéricide.

Donc les bacilles de Koch ne sont modifiés en aucune façon par les rayons de Roentgen si on les soumet à des doses comparables à celles qui sont utilisées dans la pratique thérapeutique.

D'autre part, Scholtz, étudiant les effets produits

par l'irradiation de la peau saine, arrive aux conclusions suivantes :

« Les éléments cellulaires de la peau sont atteints les premiers et subissent une dégénérescence lente, tandis que les tissus conjonctifs, élastiques, muscles et cartilages ne sont altérés qu'à un faible degré et secondairement. Dès que la dégénérescence cellulaire a atteint un certain degré, des phénomènes de réaction inflammatoire se produisent. Ils se manifestent par une dilatation des vaisseaux, par l'imbibition séreuse des tissus, par une forte migration leucocytaire arrivant à constituer des infiltrats considérables. Si, à la suite d'une irradiation très forte, la dégénérescence cellulaire est très prononcée, les leucocytes s'y dirigent en masse et aident à la destruction complète du tissu altéré. »

Donc après irradiation de la peau saine on observe les phénomènes suivants :

les tissus épithéliaux sont détruits les premiers,
les tissus conjonctifs sont à peine touchés,
il se fait une forte migration leucocytaire.

Il est probable que les choses doivent se passer d'une façon comparable dans les tissus tuberculeux et même avec plus de sélectivité encore de la part des rayons X, puisque la loi de Bergonié et Tribondeau nous fait prévoir que les éléments caractéristiques de la lésion tuberculeuse étant en état de transformation constante doivent par cela même présenter une sensibilité spéciale au rayonnement de Roentgen.

Cette étude systématique ne semble pas avoir été

faite en ce qui concerne la tuberculose verruqueuse. Mais, par contre, de nombreux auteurs ont étudié les modifications que font subir les rayons X aux tissus lupiques. Il nous semble donc légitime de nous appuyer sur leurs travaux en raisonnant par analogie.

C'est ainsi que, d'après Scholtz, dans le lupus « il se produit, comme dans la peau saine, sous l'influence des rayons X, tout d'abord des processus de dégénérescence des éléments cellulaires et des noyaux du lupus eux-mêmes et ces processus dégénératifs sont suivis de phénomènes inflammatoires réactionnels ».

Bergonié croit aussi que la guérison est due à une inflammation réactionnelle.

Pour Growen, le processus est différent. Il a constaté une prolifération considérable du tissu conjonctif. Il formait une capsule épaisse tout autour des foyers lupiques et se prolongeait en tractus plus ou moins épais à leur intérieur, constituant ainsi un réseau à mailles étroites qui entourait les débris des infiltrats lupiques. L'abondance des cellules fusiformes indiquait une néoformation active de tissu conjonctif. Les cellules épithéliales et lymphatiques étaient dégénérées. Donc, pour l'auteur, les phénomènes se succèdent ainsi: hyperémie, migration leucocytaire néoformation de tissu conjonctif amenant secondairement la destruction des nodules lupiques.

Dontrelepont écrit de même : « L'hyperémie provoque une émigration abondante des leucocytes hors des vaisseaux. L'infiltration commence à la périphérie, pénètre ensuite en traînées dans les foyers lupiques

pour se transformer en cellules fusiformes et en tissu conjonctif fibrillaire. En tous cas la présence des cellules fusiformes montre qu'il y a une forte prolifération du tissu conjonctif. Les cellules lupiques dégénèrent en vacuoles, les noyaux perdent de plus en plus leur colorabilité, se nécrosent et entraînent la résorption du tissu malade et son remplacement par des cicatrices. »

Peu nous importe l'ordre de succession des phénomènes. En tous cas un certain nombre de faits ont été parfaitement démontrés par ces auteurs : hyperémie et migration leucocytaire massive, destruction des formations pathologiques spécifiques de l'infection tuberculeuse, forte prolifération du tissu conjonctif.

Et ceci vient à l'appui d'une hypothèse chère à notre Maître le Docteur Coste : Il pense que les rayons X, administrés à dose convenable et dans une séance unique, agissent sur le tissu conjonctif en activant sa fonction prolifératrice et en exaltant sa fonction normale de défense organique contre le corps étranger que constituent les tissus malades. Il appuie son hypothèse sur l'observation quotidienne des faits cliniques et sur les travaux de A. Carrel et A.-H. Ebeling, qui ont démontré les faits suivants : « Des mononucléaires, cultivés dans l'extrait filtré de sarcome de Rous, commencent d'abord par augmenter de taille puis dévorent avec avidité les polynucléaires et les hématies du milieu. Enfin ces mononucléaires géants prennent les caractères d'une cellule conjonctive adulte, cellule allongée ou étoilée, à grand noyau ovale, possédant un ou deux nucléoles, à cytoplasme renfermant des

granules colorables par le rouge neutre autour du noyau. » Ainsi des mononucléaires peuvent acquérir, dans certaines conditions, la propriété phagocytaire et se transformer ensuite en cellules fixes du tissu conjonctif. Il est donc possible que ces modifications se produisent d'une manière analogue dans les tissus pathologiques bien que la démonstration rigoureuse n'en ait pas été fournie.

De tous ces faits nous sommes en droit de conclure que le rayonnement de Roentgen :

a) détruit les formations tuberculeuses : cellules géantes, épithélioïdes et lymphoïdes ;

b) provoque une hyperémie importante suivie d'une migration leucocytaire massive ;

c) détermine, par un mécanisme difficile à saisir, une prolifération considérable du tissu conjonctif.

Que deviennent dans tout cela les bacilles de Koch ? Ils ne sont pas détruits par les rayons. Sont-ils phagocytés et entraînés dans le torrent lymphatique ? Nous ne le pensons pas, à priori, car si les germes virulents non modifiés étaient ainsi transportés au loin, on verrait sans doute se développer ultérieurement d'autres manifestations tuberculeuses locales ou générales, ce que nous n'avons jamais observé chez nos malades.

Sont-ils détruits sur place, étouffés ou simplement emprisonnés dans les tissus de sclérose, d'une manière comparable à ce qui se produit, sans doute, lors de la guérison d'une petite lésion pulmonaire ?

Nous laisserons à de plus qualifiés que nous le soin de répondre à ces questions et nous nous contenterons de constater ce fait indiscutable : que les rayons X, employés avec la technique que nous décrivons, sont capables, à eux seuls, d'amener la guérison de la tuberculose verruqueuse.

CHAPITRE IV

Parallèle entre les principaux traitements actuels de la tuberculose verruqueuse

En 1885, Martin du Magny écrivait déjà dans sa thèse : « S'il est une affection pour laquelle les moyens palliatifs doivent être écartés, c'est assurément la tuberculose d'inoculation à la peau, car le peu d'étendue des lésions à leur début et leur siège même, le plus souvent, font une règle de l'intervention active, en un mot du traitement curatif. Quelle responsabilité n'encourrait pas, en effet, celui qui, séduit par la délimitation quelquefois plus apparente que réelle, n'interviendrait pas énergiquement et laisserait, de ce fait, se développer un foyer tuberculeux, véritable réservoir de bacilles. »

Henri Moutot, en 1907, après avoir démontré l'extrême gravité de ces affections, que l'on considérerait alors généralement comme bénignes, insiste lui aussi

sur la nécessité de recourir à un traitement radical, et Darier, dans la dernière édition de son *Précis de Dermatologie*, dit que « le traitement doit être précoce, rapide et énergique ».

Nous allons essayer de montrer, par un parallèle rapide avec les principaux traitements actuellement en honneur, que la radiothérapie nous paraît répondre le mieux à ces conditions.

RACLAGE.

Cette méthode est assez rapide puisqu'en général deux ou trois raclages sont suffisants. Si l'opération est faite correctement les cicatrices qui en résultent sont assez bonnes mais jamais parfaites. De plus, comme le raclage est presque toujours incomplet, les récidives, de ce fait, sont très fréquentes. C'est une intervention extrêmement douloureuse, aussi l'anesthésie générale est-elle indispensable. Mais le reproche le plus grave que nous ferons à cette méthode est celui-ci : c'est une intervention sanglante. Les veines, les lymphatiques sont largement ouverts et cela à l'endroit même où se trouvent en quantité considérable des bacilles très virulents. D'où la possibilité de généralisation sanguine ou lymphatique.

CAUTÉRISATION IGNÉE.

D'après Besnier, la cautérisation ignée a l'avantage de mettre à l'abri des auto-inoculations et des généralisations. Le Professeur Gaucher estime qu'elle est le traitement par excellence de la tuberculose verruqueuse. Il rejette par contre l'exérèse chirurgicale qui peut donner des généralisations.

Il est incontestable que dans certains cas cette méthode a pu donner d'excellents résultats mais seulement lorsqu'il s'agissait de lésions à leur début et de faible étendue. Il est en effet impossible de faire des pointes de feu suffisamment profondes et rapprochées pour parvenir à détruire complètement les tissus malades renfermant des bacilles. Ces régions intactes seront souvent le point de départ de récidives. Le « repassage », préconisé par le Professeur Gaucher, permettrait seulement la destruction des lésions très superficielles.

RADIUMTHÉRAPIE.

Le Docteur Danlos a obtenu, en 1902, chez un malade atteint d'un lupus scléro-verruqueux rebelle, une très considérable amélioration avec une cicatrice partielle lisse et de bon aspect. Mais en 1905 il écrivait : « Cette méthode n'est pas supérieure aux anciennes. Pour les formes étendues de ces lésions, le radium est inférieur aux rayons X plus faciles à produire en grande quantité sur de larges surfaces. »

Wickham et Degrais (*Presse Médicale*, févr. 1908) disent qu'ils ont trouvé dans le lupus verruqueux une résistance inattendue. En plusieurs cas, après première cicatrisation, il leur a fallu répéter une seconde série d'applications.

Depuis cette époque les techniques radiumthérapeutiques se sont perfectionnées ; mais la difficulté du dosage exact de l'élément actif n'a pas encore permis de les régler parfaitement.

Nous sommes de plus persuadés que tous les effets obtenus avec le radium peuvent l'être aussi et de

façon plus commode et économique avec les rayons de Roentgen.

EXÉRÈSE CHIRURGICALE.

C'est sans aucun doute le traitement le plus rapide. Il permet d'obtenir la guérison locale en quelques jours.

Mais les récidives ne sont pas rares. « L'ablation ne met pas à l'abri des récidives et n'est possible que lorsque la lésion n'a que fort peu d'étendue. » Brocq (Traitement des maladies de la peau).

C'est ainsi que plusieurs de nos malades présentaient des lésions d'une étendue et d'une profondeur telles que l'intervention chirurgicale était formellement contre-indiquée.

De plus l'anesthésie générale est nécessaire. Il faut donc que l'état général soit relativement satisfaisant. On ne saurait songer à la pratiquer, par exemple, sur des tuberculeux pulmonaires avérés.

Mais, fait beaucoup plus grave, si les résultats immédiats paraissent bons, il n'en est pas de même des résultats éloignés.

On observe parfois, quelque temps après l'intervention, des généralisations lymphatiques ou même sanguines. Le Docteur Moutot, dans sa thèse, consacrée pourtant à la défense de l'exérèse, en rapporte lui-même deux observations indiscutables. Pour éviter ces généralisations qui paraissent le plus souvent se faire par les lymphatiques superficiels, il conseille, avec M. Durand, d'interrompre, avant l'opération, les lymphatiques efférents de la lésion par des incisions cutanées en escalier.

Malgré ces précautions les résultats éloignés sont désastreux ; de nombreux auteurs ont déjà signalé ces généralisations tuberculeuses chez les opérés. Nous avons cité plus haut notamment le Professeur Gaucher.

Nous tenons de la bouche même du Docteur Moutot, et le fait nous a été confirmé par M. le Professeur Nicolas, que ceux des malades dont l'observation figure dans sa thèse, qui ont pu être suivis, ont succombé dans les 18 mois suivant l'opération, à des tuberculoses plus ou moins rapides. Il est vrai que plusieurs d'entre eux étaient déjà des tuberculeux avérés.

RADIOTHÉRAPIE.

Ce mode de traitement nous paraît avoir de grands avantages et la plupart des critiques que nous venons de faire aux autres méthodes ne lui sont pas applicables. En effet, les rayons X, administrés avec la technique décrite dans le chapitre II, amènent d'une façon constante la guérison locale. Nous n'avons jamais observé de récurrence vraie ; mais les succès partiels, tenant à une irradiation imparfaite, quoique très rares, peuvent se voir.

Ils cèdent facilement d'ailleurs à une nouvelle application.

La cicatrice obtenue est le plus souvent parfaite, souple, lisse, sans télangiectasies.

Le traitement en lui-même est parfaitement indolore ; cependant il arrive parfois que des douleurs assez vives sont ressenties par les malades au cours de la cicatrisation.

C'est une méthode non sanglante. Il n'existe donc aucun risque de propagation lymphatique ou san-

guine. En fait, les résultats éloignés sont aussi satisfaisants que possible.

Elle est de plus la seule thérapeutique actuellement possible des lésions très étendues et situées en des régions inopérables ou de réparation cutanée difficile (Tendon d'Achille, etc...).

Comme elle ne nécessite pas l'anesthésie générale, qu'elle ne s'accompagne d'aucun choc ni d'aucune perte sanguine, il est possible d'en faire bénéficier tous les malades, quels que soient leur âge et leur état général. Les jeunes enfants et les tuberculeux pulmonaires, même très avancés, peuvent sans inconvénients subir le traitement.

Il arrive même très souvent, et nous n'essayerons pas d'expliquer par quel mécanisme, que l'on observe chez les tuberculeux soumis à l'action des rayons de Roentgen, un relèvement important de l'état général. Lorsque les malades atteints de tuberculose verruqueuse présentent déjà des adénopathies, il est presque de règle de voir ces dernières rétrocéder après l'irradiation de la plaque primitive.

CHAPITRE V

Observations

Nous allons présenter 50 observations de malades qui ont été soignés par le Docteur Coste, soit au Laboratoire de Radiologie de l'hôpital de l'Antiquaille, en collaboration avec son assistant le Docteur Ramié, soit dans son cabinet particulier.

La technique employée, les soins consécutifs, etc., ont été longuement décrits au chapitre II. Nous nous dispenserons de reproduire ces indications à propos de chaque malade. Nous indiquerons seulement, pour chacun, la durée d'irradiation, seul facteur variable de la technique.

Cependant, comme il a été fait usage de deux appareillages différents, il est nécessaire de préciser celui qui a été employé pour chaque malade.

A l'hôpital de l'Antiquaille on a utilisé la crédence n° 2 Gaiffe avec ampoule R. N. Pilon ou Coolidge Standard.

Dans le cabinet particulier du Docteur Coste : le meuble à pénétration variable Ropiquet avec ampoule Baby-Coolidge à radiateur.

Les observations des malades soignés à l'hôpital de l'Antiquaille porteront donc la mention : H. A. ;

Et celles correspondant aux malades de la clientèle particulière du Docteur Coste la mention : C. P.

OBS. I

H. A. (Pr. NICOLAS, Dr COSTE)

Tuberculose verruqueuse du médius droit.

M. Des... Fr., 17 mois. Grosse lésion de l'extrémité du médius droit. Il existe une très volumineuse adénopathie suppurée axillaire. L'état général est lamentable (le petit malade a été déjà considéré comme perdu par plusieurs médecins).

Le 20 novembre 1923, irradiation du doigt. Durée 40 minutes. Sans filtre.

Le 9 janvier 1924, irradiation de l'aisselle droite. Filtre de 2 mm. Al.

En mars 1924 : 1° Le doigt est entièrement guéri ;

2° Le ganglion suppuré à peine et n'est presque plus sensible à la pression ;

3° L'état général est très amélioré.

En septembre 1924 :

1° Le doigt se maintient guéri. Il existe cependant une petite croûte sur la face latérale de la pulpe ;

2° Le ganglion traité est guéri. Mais au-dessous de celui-ci on constate un autre ganglion du volume d'une noix.

Le 4 décembre 1924, irradiation de ce nouveau ganglion. Filtre 2 mm. Al. Durée 20 minutes.

Le 29 mai 1925, le malade, revu, est en parfait état général. A beaucoup grandi, mange bien ; en somme, très bel enfant.

Guérison parfaite de la lésion digitale. Disparition de tout ganglion axillaire ; les cicatrices sont très belles, très peu adhérentes.

OBS. II

C. P. (D^r COSTE)

Tubercule anatomique.

M. Ho..., 58 ans. *Tubercule anatomique* datant de 3 mois. Actuellement il se présente sous la forme d'une petite élévation d'aspect un peu livide, avec autour un peu d'infiltration. Il existe un ganglion axillaire, mais pas de ganglion épitrochléen.

Le 27 mai 1925, irradiation. Durée 1 heure.

Le 24 juillet 1927, guérison parfaite, cicatrice rosée.

OBS. III

C. P. (D^r MASSIA, D^r COSTE)

Tubercule anatomique de la paume de la main.

M. Jo..., 60 ans. Irradiation le 19 février 1923. Durée 52 minutes.

En mai 1924, le malade, guéri, est en parfaite santé générale.

OBS. IV

C. P. (D^r GENSOLEN, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la face dorsale du poignet gauche.

M. Maz... Le malade se blesse avec un coupe-racines à la face dorsale du poignet gauche. Une dizaine de jours après, la plaie s'enflamme. Peu à peu la suppuration s'est tarie et a fait place à une lésion de 5 cm. de long sur 2 cm. 5 de haut. Elle fait nettement saillie sur la peau voisine et présente, sur la plus grande partie de son étendue, un aspect verruqueux typique. Il existe un gros ganglion épitrochléen, pas de ganglion axillaire.

Le 21 décembre 1923. Irradiation. Durée 1 heure.

Le 12 février 1924. Guérison parfaite. Cicatrice rougeâtre à peau fine.

Le ganglion épitrochléen a diminué considérablement de volume, il est gros comme un pois.

OBS. V

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de l'avant-bras et de la main.

M. Oua... Début il y a 4 ans par un œdème douloureux du dos de la main. Puis, formation de crevasses et de végétations. Un an après, apparition sur le bras de lésions qui guériront ensuite.

A l'examen, la face interne du bras présente deux cicatrices blanches.

1) Sur la face interne de l'avant-bras, sous la tête cubitale, plaque encore ulcérée, violacée, verruqueuse, suintante, de 2 cm. sur 1 cm. 5, légèrement adhérente au plan profond, non douloureuse.

2) Sur la face antérieure de l'avant-bras, au-dessous de la tête du radius, cicatrice blanche avec 2 nodules lupiques.

Enfin, sur la face dorsale de la main, grosse masse végétante, de forme irrégulière, de 6 cm. de long sur 2 cm. 1/2 de large, surélevée. Aspect verruqueux typique. Zone inflammatoire périphérique. Déjà traitée par des pointes de feu sous anesthésie.

Irradiation le 15 octobre 1921 : bras droit.

Le 9 mars 1922, le bras est guéri.

Irradiation le 13 mars 1922 : main droite.

Le 8 mai 1922. Main en très bon état, cicatrice encore ulcérée en quelques points.

Le 29 novembre 1923. La partie traitée par les rayons X seuls est parfaitement guérie. La peau est souple, simplement pigmentée.

Par contre la partie traitée antérieurement par des pointes de feu n'a que partiellement guéri.

Nouvelle irradiation le 29 novembre 1923.

Le 11 janvier 1924, la partie traitée antérieurement par des pointes de feu va mieux, mais la cicatrisation n'est pas complète.

Le malade n'a pas été revu.

OBS. VI

C. P. (D^r GALICHON, D^r MASSIA, D^r COSTE)

Tubercule anatomique traité auparavant par pointes de feu.

Mlle Bl..., 39 ans. Il est résulté une grosse amélioration. Un peu de rougeur persistait. Quelques mois après, récidive en un point, le reste paraissant cicatrisé.

Le 16 mai 1923. Grosse papule rouge avec excoriation centrale.

Il ne semble pas qu'il y ait de nodules.

Ce jour, irradiation, technique habituelle.

Très bon résultat. La malade, dont on a des nouvelles, se porte très bien (1930).

OBS. VII

C. P. (D^r COSTE)

Tubercule anatomique du doigt.

D^r Ru... Tubercule anatomique du doigt, qui est irradié en 1925. Durée 45 minutes. Il survient une radiodermite (le malade est médecin, donc exposé aux irritations dues aux antiseptiques). Quelques nodules lupiques apparaissent. on fait 1, 2 pointes de feu. Le malade écrit le 15 juin 1930 : « Il y a longtemps que je suis guéri. La cicatrice est assez apparente mais souple et tout à fait indolore. »

OBS. VIII

C. P. (D^r DESGOUTTES, D^r C. COSTE)

Tuberculose verruqueuse du doigt, irradiée en 1922.

Mlle Dub... La malade, revue en 1925, présente un bon état général. La cicatrice est excellente; quelques télangiectasies en couronne. Nous apprenons que la malade serait morte en 1927 de granulie.

OBS. IX

C. P. (D^r CLARA, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la face dorsale du médus.

M. Sev..., 28 ans. Début en 1912 par une petite verrue. On applique teinture d'iode et divers caustiques. Plus tard, radiothérapie par le D^r Galibert : 7 à 8 séances de 10 minutes chaque.

Actuellement 8 janvier 1925. Lésion ovulaire de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Bords surélevés uniformément rougeâtres. Centre squameux. Pas d'induration, douleur au toucher. Pas de ganglions.

Ce jour. Irradiation. Durée 1 heure. Sans filtre.

Le 26 février 1925, on ne voit qu'une toute petite ulcération centrale. Tout autour la cicatrice forme un bourrelet surélevé. Petite douleur au toucher. Après l'irradiation la douleur a été vive.

Le 5 mars 1925 la cicatrisation est à peu près totale.

Ultérieurement la cicatrisation complète a été obtenue. Mais actuellement et de temps en temps quelques poussées de radio-dermite probable d'après ce que nous écrit le malade.

OBS. X

C. P. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du poignet droit.

Mme Viv..., 40 ans. Début en octobre 1923 par un petit bouton ressemblant à une verrue qui a grossi peu à peu. Depuis un mois il est à peu près stationnaire.

Actuellement, 9 mai 1924, lésion ovale de 3 cm. sur 2 cm. occupant la face antéro-externe du poignet droit au niveau de la styloïde radiale. Lésion sèche, noirâtre, d'aspect verruqueux. Pas de ganglions.

Ce jour, irradiation. Durée 1 heure.

Le 19 mai 1924. Partie centrale ulcérée et rougeâtre.

En juin 1930, nous apprenons que la malade est décédée. Nous n'avons pu savoir de quelle maladie.

OBS. XI

C. P. (D^r DUPASQUIER, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du bord cubital du poignet droit.

M. Ma..., 33 ans. Antécédents : entérite qui a assez bien guéri. En 1913 pleurite. A toussé.

30 juin 1924. Actuellement, ne tousse pas, ne crache pas.

Il y a un an est apparue, sur le bord cubital du poignet droit, au-dessus de la styloïde cubitale, une petite élévation de la peau qui s'est ensuite ulcérée par frottement des vêtements. Applications de teinture d'iode. Une suppuration abondante apparaît.

La lésion, d'une surface un peu supérieure à celle d'une pièce de 1 franc, à une forme ovale, à contours réguliers. Elle est légèrement saillante. Le fond est érythémato-squameux avec petites saillies. Lésion très sèche. Démangeaisons. Pas de douleurs. Il existe un ganglion axillaire.

Irradié le 30 juin 1924. Technique habituelle. Durée 1 heure.

Le 8 août 1924. Il ne reste plus qu'une petite surface exulcérée rougeâtre avec bourrelet blanc d'épidermisation.

OBS. XII

C. P. (D^r PILLON, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du doigt.

Mlle Bl..., 24 ans. Lésion sèche siégeant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du 4^e doigt.

Irradiation le 18 mai 1925.

OBS. XIII

C. P. (D^r COSTE)

Tubercule anatomique.

M. Fr... Irradié le 21 décembre 1922. Durée 45 minutes.

Guérison un mois et demi après.

OBS. XIV

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du médius gauche.

Mlle Lad... J., 72 ans. Début par une crevasse soignée par teinture d'iode. Actuellement la lésion occupe toute la partie terminale et dorsale de la phalangette du médius gauche. Il existe un ganglion axillaire. Irradiation le 27 juillet 1925. Durée 50 minutes.

Le 29 septembre 1925. Cicatrisation parfaite. Le ganglion axillaire persiste.

Le 23 novembre 1925. Excellente cicatrice, chute de l'ongle. Le ganglion axillaire a disparu.

En décembre, bonne santé générale.

OBS. XV

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la main chez un bacillaire évolutif

M. Meg..., 45 ans. Réformé de guerre 100 %, pour tuberculose pulmonaire évolutive. B. K. dans les crachats en janvier 1926. Vient pour tuberculose verruqueuse de la main

droite, sur la face latérale, au niveau du V^e métacarpien, lésion ellipsoïde de 4 cm. sur 2 cm.

Irradiation le 20 avril 1926. Durée 45 minutes.

Le 1^{er} juillet 1926, la cicatrisation est parfaite.

Le 20 mars 1930, la femme du malade nous dit que son mari est mort en 1927 de sa bacillose pulmonaire. La cicatrice s'était maintenue très souple, parfaite, jusqu'au bout.

OBS. XVI

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tubercule anatomique du doigt.

M. Bar... A., 25 ans. Le malade, infirmier dans un service de tuberculeux, s'est piqué à l'index droit, le 15 février. Le 25, apparaît un bouton rouge qui s'est agrandi et occupe actuellement la face dorsale de la phalange de l'index. Dimensions de 1 franc.

Le 13 mars 1928, irradiation. Durée 30 minutes.

Le 21 avril 1928. La cicatrisation est parfaite.

OBS. XVII

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du dos de la main.

M. Tch... Tr., 25 ans. Lésion typique de tuberculose verruqueuse au niveau de la tabatière anatomique. Début il y a six mois. Dimensions de 1 franc.

Irradiation le 15 juillet 1927. Durée 30 minutes.

Le 29 août 1927, cicatrisation parfaite.

OBS. XVIII

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de l'éminence thenar.

Mlle Ph... A., 19 ans. Début il y a six mois, après coup de griffe d'un chat. La lésion, située sur l'éminence thenar, a

les dimensions d'une pièce de 2 francs ; elle est violacée, croûteuse. On constate un ganglion épitrochléen. Amaigrissement manifeste depuis le début de l'affection. Pas de lésions pulmonaires.

Irradiation le 26 juillet 1928. Durée 35 minutes.

Le 10 septembre 1928, cicatrisation complète ; il semble qu'il existe encore en un point quelques nodules. Amélioration de l'état général.

OBS. XIX

H. A. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du dos de la main.

M. Mel... P., 50 ans. Début en août 1928, par une sorte de verrue qui devint croûteuse. Puis la lésion s'étend en surface, sans suppuration. Pas de traitement. Actuellement lésion croûteuse, sèche, grande comme 0,10 centimes reposant sur une peau violacée, sur la face dorsale de la main. Pas de ganglions, pas de perte de poids, le malade est un tousseur habituel.

Irradiation le 26 mars 1929. Durée 40 minutes.

Le 28 mai 1929. Cicatrisation parfaite.

Le 30 mars 1930. La cicatrice est très souple. Excellent état général.

OBS. XX

H. A. (D^r PILLON, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la phalange de l'index.

Mlle Fus... S., 4 ans. Début en juillet 1927 par un petit bouton rouge, indolore, non suppuré, qui, trois mois après, se met à grossir. En octobre, le D^r Burlaton fait 20 séances de rayons ultra-violets. Aucun résultat. Le D^r Pillon conseille la radiothérapie. Il existe un ganglion.

Irradiation le 5 mars 1928. Durée 30 minutes. A ce moment

le bouton présentait un cratère sec, sans suppuration, surélevé et entouré d'une zone rouge de 1 cm. de diamètre.

Le 24 avril 1928. Cicatrisation parfaite. Ganglion non perceptible.

Le 21 mai 1928. Bonne cicatrice, énorme amélioration de l'état général.

En 1929. Bon état général et local.

OBS. XXI

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tubercule anatomique du pouce.

M. Fa... L., 20 ans. En octobre 1927, le malade, étudiant en médecine, se fait une égratignure au niveau de l'extrémité supérieure de la 1^{re} phalange du pouce droit. La place s'infecte. On pratique, en novembre, l'excision au thermocautère. Il semble qu'il y ait guérison. Mais au début de décembre récidive. On décide alors le traitement radiothérapique.

Irradiation le 7 décembre 1927. Durée 50 minutes.

Evolution normale durant le mois de décembre. A la fin du mois, on est en présence d'une ulcération circulaire rouge vif à surface finement grenue, entourée d'un halo rouge. Pas de ganglions.

Devant cette plaie, le D^r Ferran décide de pratiquer l'excision et fait une autoplastie par glissement (13 décembre 1927).

Plus tard il se produit de la suppuration qui rétrocede en une semaine et la cicatrisation se fait.

Actuellement, novembre 1930, l'état général est excellent, mais la cicatrice, d'ailleurs solide, est vicieuse, légèrement chéloïdienne.

OBS. XXII

H. A. (D^r COSTE)

Tubercules anatomiques de la main.

Mme Par... E., 40 ans. Vient pour 3 tubercules anatomiques. L'un est situé au niveau de l'articulation métacarpo-phalan-

gienne du pouce droit, le deuxième au niveau de l'articulation de l'index, le troisième au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du médius gauche.

Ces trois lésions datent de un an. Elles ont les dimensions d'un pièce de 1 franc.

Le 26 avril 1927, irradiation des deux tubercules de la main droite. Durée 30 minutes.

Le 30 mai 1927, la cicatrisation est très rapide, plus rapide qu'avec une dose plus forte.

Le 4 juillet 1927, irradiation du tubercule de la main gauche. Durée 35 minutes.

En 1930, nous apprenons indirectement que la malade est en bonne santé, guérie depuis longtemps de ses plaies.

OBS. XXIII

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du dos de la main.

M. Cott... M., 27 ans. Début en 1924. Actuellement, plaque de tuberculose verruqueuse située sur le dos de la main gauche, allant du II^e au V^e métacarpien. Surface de 6 cm. sur 5 cm.

Le 16 mai 1927, irradiation. Durée 30 minutes.

Le 20 juillet 1927, la cicatrisation est complète.

OBS. XXIV

H. A. (D^r LACASSAGNE, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du dos de la main.

M. Mar... M., 50 ans. En décembre 1924, à la suite d'une écorchure, apparition sur le dos de la main d'un petit bouton rouge.

Le 12 février 1925, on voit, au-dessus du V^e métacarpien, une plaque de tuberculose verruqueuse typique, dimensions de 5 francs.

Ce jour, irradiation. Durée 45 minutes.

Marche très lente de la cicatrisation, qui est obtenue seulement 3 mois après l'irradiation. Le malade écrit le 27 janvier 1926 : « Ma main se comporte très bien malgré le travail journalier. »

Le 18 mars 1930, il écrit encore : « Mon état de santé est excellent et ma main va admirablement bien malgré de durs travaux. »

OBS. XXV

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du doigt.

M. Ser... C., 55 ans. Vient pour une lésion de tuberculose verruqueuse ayant débuté, il y a deux ans environ, à la suite d'une piqûre par une écharde de bois. Cette lésion siège sur la face dorsale de l'annulaire. Dimensions de 5 francs. Ulcéro-croûteuse. Pas de ganglions.

Irradiation le 15 janvier 1928. Durée 30 minutes.

Le 15 septembre 1928, réaction habituelle, pas de ganglions. Le malade, qui ressentait une impression de gêne et de pesanteur dans le bras, n'éprouve plus rien. Il quitte le service.

En 1930 nous apprenons qu'il est mort. Nous ignorons la cause du décès.

OBS. XXVI

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de l'orteil.

M. Mar... T., 15 ans. Ulcération cutanée de la face externe du gros orteil droit ayant débuté il y a deux ans. Soignée par vin aromatique et héliothérapie. Aucune amélioration. Le Pr. Nicolas fait le diagnostic de tuberculose cutanée et ordonne des cautérisations au chlorure de zinc ; aucun résultat. On revient sur le diagnostic déjà porté et on pense à la tuberculose verruqueuse.

Irradiation le 8 août 1925. Durée 40 minutes.

Le 23 octobre 1925, la plaie semble atone, la cicatrisation sera lente. Le malade n'a pas été revu.

OBS. XXVII

C. P. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du dos de la main droite.

M. Sot... L., 54 ans. Il y a deux mois environ le malade se blesse, à la chasse, en ramassant un lièvre qu'il venait de tuer, dans un buisson. Cette égratignure a guéri, mais, à côté, s'est développée la lésion actuelle. Elle occupe la plus grande partie de la face dorsale de la main ne respectant que la peau correspondant au 1^{er} espace interosseux et au 2^e métacarpien. Certains points sont très élevés sur les téguments ; on note une infiltration importante avec ulcération rosée et quelques squames ; ailleurs, la lésion est sèche, squameuse, plus ou moins cicatricielle.

Irradiation le 6 janvier 1925. Durée 1 heure.

Le 28 janvier 1925, il n'y a plus de différence d'aspect. Toute la surface traitée est rouge, légèrement granuleuse, et de niveau avec téguments. Légère cuisson.

Le 23 mars 1925, il n'existe plus qu'une petite ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Le 21 juin on répond à notre lettre « décédé » sans préciser la cause de ce décès.

OBS. XXVIII

C. P. (D^r MASSIA, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la main gauche (2 foyers).

M. Aug... Ce malade présente 2 foyers de tuberculose verruqueuse.

1^o Une lésion ovale de 2 cent. sur 1 cent. 2, située sur la

racine du médius, du côté radial, et s'étendant sur la 1^{re} phalange. Aspect verruqueux typique.

2° Sur la phalangette de l'index, sur le bord radial et s'étendant sur les faces dorsale et palmaire. La face palmaire est moins infiltrée. Aspect très nettement verruqueux avec halo inflammatoire.

Ces deux lésions ont débuté il y a deux ans environ. A ce moment le malade s'occupait de bactériologie et en particulier de cultures de B. K.

La 1^{re} lésion est irradiée le 4 mars 1926. Durée 1 heure.

La 2^e, le 8 avril 1926. Durée 1 heure. Seule la face dorsale a été irradiée.

Le 21 avril 1926 :

1° *Médius* cicatrisé, mais la peau présente un aspect hyperkératosique et verruqueux. A la vitro-pression, il semble que l'on aperçoit quelques nodules lupiques. Pas de douleurs.

2° *Index*. Aspect légèrement verruqueux, mais moins que le médius. La face palmaire va bien.

Le 1^{er} juillet 1926 :

1° *Médius*. Cicatrice légèrement rugueuse. Pas de radiodermite.

2° *Index*. Face dorsale guérie, face palmaire normale au niveau de la pulpe. Au pli de flexion de la 2^e sur la 3^e phalange il existe une petite fissure.

4 mois après le traitement la cicatrisation était parfaite dans les deux lésions. Peau normale.

A cette époque, le malade manipulait des caustiques (solution de soude). En outre, traumatisme au niveau de la phalangette.

Quelques jours après, radiodermite (avec grosse élimination de substance) ayant nécessité 10 mois de traitement (sérum artificiel, pommade habituelle). Guérison au mois d'avril 1927.

Actuellement, les deux lésions sont guéries. Les cicatrices sont solides, présentant quelques télangiectasies périphériques.

OBS. XXIX

(D^r BONNE; Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la main.

M. Chev..., 43 ans. Début il y a 3 mois par une sorte de durillon qui aurait percé. Soigné par éther, vin aromatique, puis sirop de Gibert, aucune amélioration.

Actuellement, placard triangulaire à base externe occupant le dos de la main, empiétant légèrement sur le bord cubital ; surface ulcérée « en écumoire » ; peu douloureux depuis que la croûte a été enlevée.

Irradiation le 25 octobre 1926. Durée 55 minutes.

Le 17 novembre 1926. Très bel aspect, le pourtour commence à s'épidermiser, le centre est uniformément rouge, vernissé. Un peu de douleur, léger œdème.

Le 21 juin 1930, le D^r Bonne nous écrit « la main présente une très belle cicatrice, absolument semblable à une cicatrice de brûlure ancienne. Le malade est actuellement bien guéri et n'a jamais présenté de récurrence. »

OBS. XXX

C. P. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du pouce gauche (2 foyers)

M. Sar..., 43 ans. Début il y a 4 mois par un bouton ressemblant à une verrue sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Démangeaisons et grattages qui déterminent exulcérations multiples avec fond papillomateux. Actuellement plaque grande comme une pièce de 0,50 centimes. Peau d'aspect sale avec ulcérations petites et multiples. Il existe un autre foyer au niveau du pli d'extension des phalanges du pouce gauche.

Le 23 décembre 1926, ces deux lésions sont irradiées. Durée 50 minutes.

Le 14 janvier 1927. Marche habituelle.

OBS. XXXI

C. P. (D^r GALICHON, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de l'auriculaire droit.

M. Cie..., 28 ans. Début en 1928, peut-être après une piqure de la pulpe de l'auriculaire. Actuellement la lésion occupe une grande partie du doigt. Mais on peut distinguer 3 foyers :

1° L'un occupant presque toute la phalangette sauf près de l'ongle.

2° Le second, petit nodule verruqueux sur le bord radial de la phalangette.

3° Le troisième correspond à presque toute la face palmaire, qui présente un aspect rugueux. Les autres lésions sont recouvertes de verrucosités grisâtres découpées en lobules par des sillons.

En somme très grosses lésions par l'étendue, la profondeur et l'ancienneté.

Irradiation le 12 mai 1927, en 2 champs, l'un palmaire, l'autre dorsal. Durée 25 minutes pour chaque champ

Le 14 novembre 1927. Cicatrisation presque totale. Ultérieurement radiodermite en certains points.

En 1930 le malade écrit qu'il viendra nous rendre visite.

OBS. XXXII

C. P. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du médius droit.

Mlle Ra..., 3 ans 1/2. Père tuberculeux.

L'affection a débuté il y a un an. On l'a soignée avec des pointes de feu (D^r Morenas).

Actuellement au niveau de l'articulation phalango-phalangienne, lésion surélevée, érythémateuse, hyperkératosique au centre. Il existe un ganglion épitrochléen.

Irradiation le 2 février 1927. Durée 42 minutes.

Le 11 mars 1927. Cicatrisation parfaite, il ne reste qu'un tout petit nodule. Très grosse amélioration de l'état général qui était précaire. Très bon appétit, l'enfant dort bien, est très gai.

En 1930 (juin), nous recevons de ses nouvelles. Il se porte bien.

OBS. XXXIII

C. P. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse des deux mains, foyers multiples.

M. Roug.. G. Foyers multiples des deux mains.

1° *Main gauche.* Très grosse plaque occupant la tête du métacarpien et toute la face dorsale avoisinante et la naissance de l'index.

Le 24 mai 1927, irradiation. Durée 45 minutes.

Le 5 juillet 1927, cicatrisation à peu près complète, très bel aspect.

2° *Main droite.* Trois plaques, dont une très étendue, sur la face dorsale.

Le 5 juillet 1927, irradiation. Durée 40 minutes.

3° *Pouce gauche.* Une plaque sur l'éminence thenar.

Le 7 juillet 1927, irradiation. Durée 45 minutes.

Une autre plaque sur la phalangette, en plusieurs foyers.

Le même jour, irradiation. Durée 43 minutes.

4° *Auriculaires, droit et gauche.*

Le 1^{er} août 1927, irradiation. Durée à droite 43 minutes, à gauche 35 minutes.

5° *Index et médius gauche.*

Le 8 août 1927, irradiation des deux foyers. Durée 45 minutes chaque.

La femme du malade nous écrit en juin 1930. « Après avoir suivi ce traitement, mon mari se trouvait complètement débarrassé des lésions qu'il avait aux mains. » Elle ajoute qu'il est mort en décembre 1927, sans préciser la cause du décès.

OBS. XXXIV

C. P. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du dos du pied droit.

M. Rou..., 67 ans. Début en novembre 1926 par rougeur avec écorchure centrale. On le soigne par Dakin, iodure, 3 pansements par jour.

Le 1^{er} juin 1927. Gros placard rouge avec bourrelet violacé par endroits. Tout le centre est occupé par des cratères laissant suinter un liquide citrin. Excroissances verruqueuses par endroits. A pris des bains de soleil, 24 séances de 3 à 55 minutes.

Irradiation ce jour. Durée 40 minutes.

Le fils du malade nous écrit le 6 juillet 1930 : « La plaie est complètement fermée depuis longtemps, comme si on l'avait recousue. Mon père se porte aussi bien qu'avant sa maladie. »

OBS. XXXV

C. P. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du mollet gauche.

M. Fer..., 19 ans. Début en 1916. En 1914, le malade a été opéré pour un spina ventosa du deuxième métacarpien droit.

La lésion actuelle a débuté par de l'œdème et un petit nodule purulent au niveau du tiers supérieur de la face postérieure du mollet gauche. Ulcération spontanée. Traitée par onguent napolitain et teinture d'iode. La lésion se recouvrait de croûtes que le malade arrachait. Cette année, elle a considérablement grossi.

Actuellement, placard régulier, de 5 cm. de diamètre, entouré d'un halo érythémateux de 1 cm. environ. Le fond est croûteux, suintant et végétant. Infiltration nette. Ganglions de l'aîne.

Irradiation le 17 décembre 1929. Durée 1 heure.

Le 24 février 1930, cicatrisation à peu près totale. Aurait

maigri dès l'irradiation et pendant quelques jours. Actuellement, bon état général.

Le 17 mars 1930, la cicatrisation est parfaite. Au centre de la cicatrice, il persiste une petite croûte.

OBS. XXXVI

C. P. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tubercule anatomique du doigt

M. T..., 34 ans. En juillet 1925, le malade qui est vétérinaire, est blessé à l'index droit par une esquille de côte, lors de la dissection d'un veau monstrueux. Quelques jours après, arrêt du processus de cicatrisation et évolution lente d'un petit tubercule. Echec de tous les traitements ordinaires des plaies. La lésion s'étend et gagne la partie moyenne du doigt. Elle prend un aspect verruqueux en s'hypertrophiant. Elle reste parfaitement indolore. L'examen bactériologique du liquide obtenu par forte pression ne révèle que des microbes banaux. Mais en 1928, trois ans après l'inoculation, une biopsie faite dans le service de M. le Prof. agrégé Gaté permet de confirmer la nature tuberculeuse supposée de la lésion.

En juin 1928, irradiation. Durée 40 minutes.

Un mois environ après l'irradiation et malgré deux violents traumatismes sur les tissus encore peu solides, la guérison est complète.

A l'heure actuelle (juin 1930), sauf une légère déformation de l'ongle, on ne trouve plus trace de la lésion. (Auto-observation.)

OBS. XXXVII

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose anatomique du doigt.

M. Le... R., 25 ans. En novembre 1924, le malade, étudiant en médecine, est blessé au doigt par une côte d'un tuberculeux dont il faisait l'autopsie. Quelques jours après apparaît

une élévation enflammée, douloureuse. Le Pr. Patel la fait inciser et traiter par des pansements humides. Echec de ce traitement. On l'incise de nouveau.

Le Pr. Nicolas, consulté, fait le diagnostic de tubercule anatomique. Il trouve un ganglion épitrochléen.

Irradiation en janvier 1925. Durée 30 minutes.

Quelque temps après, la cicatrisation est parfaite. La cicatrice est étoilée. Il persiste une toute petite croûte au centre.

Le malade a maigri et interrompt pendant quelques mois ses études.

En décembre 1925, il fait une cortico-pleurite du sommet droit.

La lésion du pouce redevient douloureuse et suppure légèrement.

Le Pr. Nicolas ordonne des pansements humides qui amènent la guérison définitive. Depuis, bonne santé générale, sauf une autre atteinte légère de cortico-pleurite. Le malade mène une existence active et vient de faire son service militaire.

Le 7 avril 1930. Actuellement, la cicatrice est étoilée, un peu déprimée en son centre ; l'ongle est strié dans le sens de sa longueur.

OBS. XXXVIII

H. A. (D^r LEBŒUF, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la base de l'index droit (sur lupus). Deux gommes bacillaires de l'avant-bras.

Mlle Rod... E., 33 ans. Sœur tuberculeuse. Tousseuse habituelle.

1° Il y a deux ans sont apparues, sur la face antéro-externe de l'avant-bras droit, deux gommes bacillaires. Curettage, puis irradiation le 4 octobre 1929. Filtre Al. 10/10. Durée 35 minutes.

2° Au niveau de la base de l'index droit, face dorsale, une

plaque de tuberculose verruqueuse des dimensions d'une pièce de 2 francs, reposant sur une zone d'aspect lupique.

Irradiation le 23 octobre 1929, sous filtre. Durée 45 minutes.

Le 21 novembre 1929, cette lésion est cicatrisée ; on aperçoit quelques nodules lupiques. Les gommès se cicatrisent peu à peu.

Le 30 janvier 1930. Les gommès sont cicatrisées. Quelques nodules lupiques sur la cicatrice de la base de l'index. On les traite par des pointes de feu. Pas de ganglions axillaires. Un ganglion sus-épitrochléen droit. Très bon état général.

La malade est revue le 20 mars 1930. Il persiste encore deux ou trois nodules lupiques, que l'on traite par pointes de feu. Une des deux gommès suppure très légèrement. On décide de la curetter et d'irradier ensuite. Très bon état général.

OBS. XXXIX

H. A. (Pr. NICOLAS, Dr COSTE)

Tuberculose verruqueuse du pied gauche.

M. Sp... C., 17 ans. Placard de la taille d'une pièce de 5 francs, rouge violacé, très infiltré avec pourtour inflammatoire, situé sur la face dorsale du pied gauche. Début il y a dix mois par un petit bouton rouge, à la suite d'un traumatisme.

Actuellement, le placard est non douloureux. Sa surface est parsemée de pertuis, légèrement squameuse. Quelques pustules sur le point de s'ouvrir. Nombreux ganglions des deux aines.

Irradiation le 3 juin 1925. Durée 45 minutes.

Le 7 décembre 1925, le malade est revu. Cicatrisation parfaite qui se maintient le 4 janvier 1926.

Le 29 juillet 1926, le malade, après un traumatisme important de la région irradiée, fait une plaque de radiodermite secondaire (0,50).

Le 15 janvier 1927, cette plaque est excisée chirurgicalement par le Dr Desgouttes.

Le malade n'a pas été revu depuis.

OBS. XL

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la base du pouce droit

M. Prev... R., 12 ans. Lésion typique, remontant à l'âge de 3 ans, située sur la face dorsale de l'articulation métacarpophalangienne du pouce droit.

Irradiation le 18 mars 1925. Durée 45 minutes.

Le malade est revu le 20 mars 1930. Il nous dit que la sécrétion s'est tarie le 20 avril 1925. Quelques jours après, la cicatrisation était parfaite et s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Aujourd'hui, la cicatrice est très souple, l'état général est excellent.

OBS. XLI

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Lésions multiples disséminées sur tout le corps.

Mlle Mau... F., 19 ans. Depuis deux ans environ, cette jeune fille présente :

1° Une lésion, presque cicatrisée actuellement, au poignet gauche ;

2° A la face antérieure de la jambe gauche, une plaque ronde, à centre cicatriciel et dont le pourtour est parsemé de nodules rougeâtres ;

3° Sur la fesse et le dos, plusieurs lésions circinées, à nodules semblables, hyperkératosiques et même croûteuses par places. Quelques autres plus petites ;

4° Au cou, une lésion déprimée ;

5° Sur la joue gauche, petit élément rouge ;

6° Ganglions inguinaux assez nombreux ;

7° Un groupe de gros ganglions dans l'aisselle gauche.

La malade est mise au traitement d'épreuve au néo (0,15, 0,30, 0,45). La dernière injection détermine un mouvement fébrile assez sérieux. Aucune amélioration.

Le 1^{er} mai, nouvel accident fébrile. Anorexie, insomnie.

Irradiation de toutes ces manifestations entre le 11 mai 1925 et le 4 novembre 1925. Technique habituelle. Pour les ganglions, filtre Al 20/10.

La malade nous écrit le 2 avril 1930 : « Vos soins ont amené chez moi une très grande amélioration de l'état général. Toutes les lésions que vous avez soignées ne se sont jamais rouvertes et la grosseur que j'avais sous le bras a complètement disparu. Je n'ai jamais plus eu d'abcès ; je me trouve aujourd'hui en excellente santé. »

OBS. XLII

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du mollet gauche.

Mlle Mor... R..., 29 ans. Enorme plaque typique de la face postérieure de la jambe gauche, 12 cm. sur 8 cm., saillante, verruqueuse, avec nombreux pertuis qui laissent sourdre du pus.

Irradiation le 8 août 1924. En deux secteurs. Durée 40 minutes.

Le 8 octobre 1924, très grosse amélioration mais il persiste une ulcération qui paraît n'avoir pas de tendance à la cicatrisation.

On fait une séance de lumière artificielle. Quelques jours après, la plaie est devenue rouge sombre. Elle est très douloureuse.

Le 8 juillet 1925, la plaie est moins grande mais il existe un sphacèle central. La malade part en Algérie. On lui a proposé auparavant l'amputation de la jambe. Pendant six mois environ, la douleur a été vive, hémorragies fréquentes, puis, brusquement, la cicatrisation s'est amorcée. Elle est, paraît-il, à peu près complète le 8 octobre 1926. La malade n'a pas été revue depuis.

OBS. XLIII

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du talon.

M. Raf... F., 49 ans. Début il y a plus de deux ans par une plaque indurée au talon droit.

Le malade, croyant qu'il s'agissait d'un cor, la faisait couper régulièrement tous les deux mois, après quoi il faisait un badigeonnage à la teinture d'iode. La plaque envahit progressivement tout le talon. En décembre, elle est excisée une dernière fois.

Le 27 janvier 1925, irradiation en deux secteurs. Durée 45 minutes.

Le 18 juin 1925. Depuis le 16 avril, la cicatrisation est presque complète. Il ne persiste qu'une petite surface (0,50) non épidermée.

Tout est souple et a bon aspect.

En 1930, le malade serait mort, on ne sait de quelle maladie.

OBS. XLIV

H. A. (D^r ROUBIER, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du coude et du pouce.

M. Pey... J., 32 ans. Le malade, tuberculeux pulmonaire évolutif, s'est piqué au coude il y a trois ans avec un crochet de boucher. Il s'est développé une lésion sèche, croûteuse, diamètre 6 à 7 cm. Plus tard, une autre plaque s'est formée sur le pouce gauche (2 francs).

Irradiation le 30 mai 1928, lésion du coude. Durée 30 minutes ; et le 2 juin 1928, lésion du pouce. Durée 20 minutes.

Le 2 juillet 1928. Cicatrisation parfaite du pouce. La plaque du coude est en bonne voie de cicatrisation.

En 1930, nous apprenons que le malade a succombé aux progrès de sa tuberculose pulmonaire.

OBS. XLV

H. A. (D^r DESGOUTTES, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la paumē de la main.

M. Ples... J., 43 ans. Le malade est tuberculeux pulmonaire Il y a dix-sept mois, à la suite d'une piqûre d'épine, se développe sur la paume de la main, un petit bouton qui grandit peu à peu. Echec de divers traitements.

Le 30 mars 1925, on note une ulcération triangulaire à base arrondie soulevée sur les téguments voisins, bordée par un contour irrégulier jaunâtre. Le centre est recouvert de granulations d'un rouge assez intense.

Ce jour, irradiation. Durée 45 minutes.

Le 1^{er} juin 1925, cicatrisation parfaite.

Le 30 mars 1930, la sœur du malade nous écrit : « Mon frère est mort en 1928 après une complication laryngée de sa tuberculose pulmonaire. Il était très bien guéri de sa lésion à la main gauche. »

OBS. XLVI

H. A. (D^r ROUBIER, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du doigt.

M. Bla... J., 45 ans. Infirmier, attaché au dépôt mortuaire de Longchêne. Tousse en hiver.

Il y a sept mois, piqûre anatomique à l'auriculaire droit.

Actuellement, croûtelles kératosiques sur la pulpe et la face dorsale de la phalange de l'auriculaire. Une croûte épaisse a remplacé la moitié interne de l'ongle. La pression fait sortir du pus. Peau violacée. Quelques ganglions dans le creux axillaire droit.

Le 24 février 1923, irradiation. Durée 50 minutes.

Nous apprenons que le malade est décédé le 14 avril 1923 à l'hospice du Perron où il était en traitement. Nous n'avons pu connaître la cause de la mort.

OBS. XLVII

H. A. (Pr. NICOLAS, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse du pouce et du dos de la main.

M. Guer... J., 28 ans. Début il y a trois ans par un petit bouton. Actuellement, grande surface recouverte de squames et de petits nodules sous-cutanés. Dimensions : 10 cm. sur 6 cm. Le malade a déjà été irradié en 1926 par le D^r Deniet.

Irradiation le 26 avril 1926. Durée 40 minutes.

Le 30 juillet 1926. Il persiste au centre de la lésion une surface non cicatrisée des dimensions d'une pièce de 1 franc.

Le 24 janvier 1927 seulement, on apprend du malade qu'il a déjà subi antérieurement une irradiation.

Le 6 octobre 1928, la cicatrisation est complète.

Le 12 février 1929, le malade revient nous voir. La lésion qui s'était complètement cicatrisée suppure à nouveau. On ordonne les soins habituels.

Le 14 mars 1930. Cicatrisation totale. Le malade est actuellement en bonne santé générale.

OBS. XLVIII

H. A. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE)

Tuberculose verruqueuse de la main droite.

M. Ferl... J., 45 ans. Le malade est tuberculeux pulmonaire. Il présente sur le dos de la main droite une énorme plaque de 8 cm. sur 4 cm., remontant à 1912 (griffe de chat).

Déjà traité par la radiothérapie (D^r Gilibert). Après ce traitement quelques points s'étaient cicatrisés, mais plus tard, la lésion s'est étendue.

Il existe une plaque ancienne sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et sur la phalange du pouce.

Irradiation le 30 septembre 1925. Durée 40 minutes.

Le 14 novembre 1925, toutes les lésions digitales sont guéries. Il ne reste plus, sur la main, qu'une petite surface

rouge, bordée d'un liseré rosé d'épidermisation au-delà duquel se voit une grande bordure blanche de peau néoformée.

L'état général du malade est très amélioré au point de vue de l'appétit qui est devenu très grand depuis quinze jours environ.

Le 9 mars 1926. Excellent état général. Depuis que le malade a commencé son traitement, le poids s'est accru de 14 kilos.

En 1930, nous apprenons que le malade est mort de sa tuberculose pulmonaire.

OBS. XLIX

H. A. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE, P. MICHEL)

(Cette observation et la suivante ont été présentées par les auteurs ci-dessus nommés à la séance du 23 mai 1930 de la Réunion Dermatologique de Lyon et publiées intégralement dans le Bulletin de la Société française de Dermato-syphiligraphie correspondant. Nous allons nous permettre de les résumer.)

Tuberculose verruqueuse de la face postérieure de la jambe gauche.

Mlle Des... P., 22 ans 1/2. Antécédents collatéraux et personnels entachés de tuberculose. La malade présente, à la partie postéro-inférieure de la jambe gauche, un vaste placard phagédénique, de tuberculose verruqueuse, des dimensions d'une paume de main, et remontant à quatre ans. Une biopsie a confirmé le diagnostic.

Irradiation le 20 mai 1928, en trois secteurs. Chaque secteur a reçu 3.500 R environ. (Actuellement on irradierait les trois secteurs, non le même jour, mais à sept ou huit semaines d'intervalle.)

Réaction très vive ; à certains moments, la malade a beaucoup souffert.

La cicatrisation a demandé huit mois, les lésions étant très profondes et situées dans une région des plus défavorables à la cicatrisation.

La marche est redevenue possible à l'aide d'un soulier orthopédique palliant à la perte de substance considérable de la région achilléenne.

En cours de traitement, la malade a présenté de nouveau de volumineuses adénites cervicales suppurées dont la radiothérapie a également eu assez rapidement raison.

La malade a quitté le service récemment dans un état de santé excellent à tous points de vue.

En somme, malgré la gêne de la marche qu'a entraînée la guérison, le résultat n'en est pas moins extrêmement satisfaisant si l'on songe surtout, qu'à un certain moment, l'amputation avait été envisagée.

OBS. L

H. A. (Pr. agrégé GATÉ, D^r COSTE, P. MICHEL)

(Observation déjà publiée. Voir la précédente.)

*Tuberculose verruqueuse de la face dorsale des doigts,
de la main, et de l'avant-bras droit.*

M. Ut... A., 47 ans. Le malade, grand éthylique, travaille dans les acides. Le début de son affection s'est fait, il y a cinq ans, par de petits placards infiltrant la peau. Aucun traitement jusqu'à ce jour.

La main est énorme, aux doigts tuméfiés et boudinés, recouverte de zones verruqueuses et suppurantes. Les végétations font saillie, sont rosées et recouvertes de croûtes jaunâtres. L'annulaire et le petit doigt sont immobilisés. Les plaques empiètent sur l'avant-bras. Il existe de plus de véritables gommages tuberculeuses.

Irradiation en plusieurs secteurs, à six ou sept semaines d'intervalle. Chaque secteur a reçu des doses variant entre 2'500 R et 5'000 R soit 17 à 20 H environ.

La cicatrisation a demandé une dizaine de mois. Chaque secteur s'est cicatrisé en six à huit semaines. Le résultat définitif fut excellent.

Le 19 décembre 1929. L'index et l'annulaire sont peu mobiles. L'articulation phalango-phalangienne du cinquième

doigt est ouverte. Sous l'annulaire il existe une plaque non cicatrisée, des dimensions d'une pièce de 5 francs, probablement consécutive à des troubles trophiques. On ampute ces deux doigts ce jour.

Le 30 mars 1930, tout est cicatrisé, les doigts restants sont mobiles ; l'état général est satisfaisant.

CHAPITRE VI

Résultats et discussion des observations

Les observations reproduites dans le chapitre précédent représentent la totalité de celles que nous avons pu recueillir et concernent tous les malades qui ont été soignés depuis 1921 par la méthode du Docteur Coste.

La gravité des lésions, leur origine, leur situation étaient très variées. Parmi les 50 malades, nous comptons 37 hommes et 13 femmes, de tous âges, puisque le petit malade (Obs. I) était âgé de 17 mois, alors que le malade (Obs. XIV) avait dépassé 72 ans.

Malgré la diversité de ces éléments, les résultats immédiats ont été extrêmement satisfaisants puisque la guérison locale a été obtenue dans 47 cas. Nous n'avons observé que 3 cas de guérison incomplète : deux de ces malades avaient déjà subi d'autres irradiations ou traitements divers (Obs. V) ; il se produisit un retard important de la cicatrisation. Il faut savoir alors prendre patience et se garder de théra-

peutiques intempestives ; l'observation XLII montre que la cicatrisation est toujours obtenue en définitive. Le troisième malade (Obs. L) était porteur de lésions extrêmement étendues et très anciennes. Déjà avant le début du traitement il existait de l'arthrite des articulations métacarpo-phalangiennes des deux doigts dont l'amputation fut nécessaire. Il n'en reste pas moins que le résultat final doit être considéré comme très satisfaisant si l'on considère la profondeur et l'étendue exceptionnelles des lésions.

Le temps nécessaire à la cicatrisation a varié suivant les patients entre deux et quatre mois. Cependant, dans le cas de plaques très vastes ou déjà irradiées antérieurement, il a fallu attendre un an et même davantage pour voir la guérison s'installer définitivement (Obs. XLIX et L). L'observation XXVI montre que la cicatrisation est retardée lorsque les lésions ont été irritées par l'application de caustiques.

Les résultats éloignés sont également satisfaisants. Nous n'avons jamais observé de récides véritables ; nous avons seulement noté deux insuccès partiels qui ont d'ailleurs cédé à une nouvelle irradiation.

Les guérisons se maintiennent depuis 2, 3, 7 ans et plus.

Sur les 42 malades que nous avons pu revoir ou dont nous avons reçu récemment des nouvelles, 32 jouissent d'une santé parfaite ; les 10 autres sont morts.

Les malades décédés sont ceux dont les observations figurent sous les numéros suivants : VIII, X, XV XXV, XXVII, XXXIII, XLIII, XLIV, XLV, XLVIII.

Quatre d'entre eux (XV, XLIV, XLV, XLVI) étaient des tuberculeux pulmonaires évolutifs reconnus. Ils ont succombé aux progrès de leur maladie primitive. Tous d'ailleurs étaient parfaitement guéris de leurs lésions cutanées.

Nous n'avons pu connaître la cause du décès des (X, XV, XXV, XXVII, XLIII). Mais pour deux d'entre eux, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, il ne semble pas qu'ils aient succombé à des affections tuberculeuses.

Enfin la malade (VIII) est morte de granulie. Mais il faut remarquer qu'elle avait été irradiée en 1922 et qu'elle est décédée en 1927, soit cinq ans après. Il n'apparaît pas impossible que, dans ce long intervalle, une contamination nouvelle ne soit intervenue.

Nous avons observé sept cas de radiodermite. Au chapitre II nous avons insisté sur la différence qui existe entre ces radiodermes, en général bénignes, qui s'observent après irradiation unique, et celles, extrêmement graves, qui se voient après des irradiations répétées. Nos malades ont guéri en un ou deux mois.

Cependant nous avons constaté deux radiodermes secondaires plus graves. Chez un malade (Obs. XXVIII) déjà bien cicatrisé, un traumatisme de la région irradiée et l'irritation produite par des caustiques ont déterminé l'apparition d'une radiodermite secondaire avec grosse perte de substance. Cette complication a nécessité dix mois de traitement (sérum art. pommade) avant d'arriver à la guérison défini-

tive. Un traumatisme important, chez le second malade (Obs. XXXIX), avait réveillé un petit point de radiodermite qui fut excisé chirurgicalement.

Ces deux observations montrent qu'il faut éviter autant que possible les traumatismes et l'irritation par des caustiques des régions irradiées.

Beaucoup de nos malades ont vu leur état général s'améliorer sensiblement sous l'influence du seul traitement local. En particulier le petit malade (I) a été véritablement transformé ; le malade XLVIII, tuberculeux pulmonaire, a accusé une augmentation de poids de 14 kg. en cinq mois. Les malades VIII, XX, XXXII, XLI ont bénéficié également d'une amélioration importante de leur santé générale.

Nous avons déjà dit plus haut qu'il est presque de règle de voir régresser les adénopathies après le traitement de la lésion primitive. Les observations XIV et XX en apportent la preuve.

Enfin une de nos malades (Obs. XLI) présentait des lésions multiples disséminées sur tout le corps, d'origine probablement hématogène. L'irradiation de toutes ces manifestations a amené leur guérison totale en même temps qu'une très grande amélioration de l'état général. Ce fait suffit à démontrer l'efficacité de la radiothérapie sur les tuberculoses verruqueuses hématogènes.

Conclusions

I. — La radiothérapie, employée avec la technique du Docteur J. Coste, nous paraît actuellement la méthode de choix dans le traitement de la tuberculose verruqueuse.

II — Cette méthode peut se résumer ainsi :

Absence de filtration.

Utilisation d'un rayonnement moyennement pénétrant.

Forte dose administrée dans une séance unique.

Importance considérable des soins consécutifs.

Protection de la région irradiée contre tout traumatisme.

III. — Les rayons de Roentgen ne détruisent pas les bacilles de Koch ; ils paraissent amener la guérison en augmentant les moyens de défense des tissus et en exaltant le pouvoir sclérogène du tissu conjonctif.

IV. — La guérison locale est obtenue d'une façon constante ; les résultats éloignés sont aussi satisfaisants que possible.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 16 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ANGIBAUD. — Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau (*Thèse de Paris*, 1891).
- ARRIVAT. — Sur la tuberculose papillomateuse de la peau (*Thèse de Montpellier*, 1890-91).
- AUGÉ. — Lupus tuberculeux et radiothérapie (*Bulletin de l'Association française pour l'avancement des sciences*, nov. 1904).
- BATUT. — Des formes verruqueuses de la tuberculose cutanée (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, VI, 1894, p. 577).
- BERGONIE et TESSIER. — Rapport sur l'action des Rayons X dans la tuberculose (*in Archives d'électricité médicale*, sept. 1898).
- BÉCLÈRE. — Du dosage en radiothérapie et son tracé graphique (*Société franç. de Dermat. Syphil.*, 11 avril 1904).
- BELOT. — *Traité de radiothérapie*, 1904.
- BERTRAND. — Tuberculose de la lèvre inférieure guérie par la radiothérapie (*Soc. médicale de Lyon et Lyon médical*, 21 janvier 1907).
- BILLIARD. — (Voir Payenneville.)
- BISSON et DESAUX. — *Archives élect. médic.*, déc. 1906.
- BROCA. — Quelques considérations sur la radiothérapie dans les affections cutanées (*Arch. élect. médic.*, 1909, p. 907).
- BROCQ. — *Traitement des dermatoses*.
- COGNAC. — Lupus tuberculeux verruqueux (*Journal de médecine de Bordeaux*, 21 fév. 1892).

COSTE J. — Rapport au Congrès pour l'Avancement des Sciences. Lyon, juillet 1926 (*in Arch. élect. médic.*, juillet 1926).

— La Röntgenthérapie des épithéliomas cutanés et cutanéomuqueux (*in Journal de radio. et élect.*, 1926).

— *Compte-rendu de la Soc. de méd. de Lyon*, séance du 9 mars 1923.

— Avec GATÉ et MICHEL. — *Réunion Dermat. de Lyon*, 23 mai 1929. Deux cas de tuberculose verruqueuse étendue, guéris par la radiothérapie.

— Avec NICOLAS, GATÉ et MICHEL. — *Communication au Congrès de Dermatologie de Copenhague*, 1930. « La radiothérapie à feu nu, etc..., dans le traitement de la tuberculose cutanée (ulcérations tuberculeuses, gommes tuberculeuses, lupus nodulaire, tuberculose verruqueuse) ».

— Avec GATÉ et MICHEL. — Le traitement de la tuberculose verruqueuse par les Rayons X (articles remis à l'impression en juin 1930 et à paraître *in Amer. X ray Journ.*, Saint-Louis, U.S.A.)

COTTENOT. — *Journal de radio et élect.*, 1918, p. 453.

— De l'emploi de la radiothérapie dans le traitement de certaines tuberculoses locales (*Paris médical*, 7 févr. 1920).

DANLOS. — *Bulletin de la Société médicale des Hôp. de Paris*, 10 févr. 1905.

DARIER. — *Précis de Dermatologie*, 1928 (Masson, éd.).

DI POGGIO. — *Tuberculosi cutanéa e sua cura con i cuprici*, Roma, 1923, p. 181-191.

DOYON A. — *Thérapeutique des maladies de la peau*.

DOUTRELEPONT. — *Niedersheiner Gesellschaft f. Natur u. Heilkunde zu Bonn*.

DUFOUR. — Traitement des tuberculoses cutanées et des lupus par l'héliothérapie (*Lyon chirurgical*, 1919, p. 246-254).

DU CASTEL. — *Tuberculoses cutanées*.

ETIENNE. — Tuberculose verruqueuse de la peau (*Rev. méd. de l'Est*, 1919, p. 389).

- FOUBARD. — Etude sur le traitement des lupus des membres et en particulier du lupus verruqueux par le raclage et l'ablation au bistouri (*Thèse*, Paris, 1894-95).
- FOUQUET C. — Les préparations de chaulmoogra dans le traitement des tuberculoses cutanées. (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1926, p. 1061.)
- FRANÇOIS, DE KEYSER et HALKIN. — L'état actuel du traitement du lupus et des tuberculoses cutanées (*in Journal de Radio et Elect.*, 1927).
- GASTOU, VIEIRA et NICOLAU. — *Bulletin de la Société française de Dermat.* (nov. 1902).
- GATÉ. — *Précis de Dermatologie* (1926) Doin, éd.
— Voir Coste.
- GAUCHER. — *Traité des maladies de la peau* (1895). *Leçons cliniques* (1906).
- GIREL G. — La roentgenthérapie des épithéliomas cutanés et cutanéomuqueux. (*Thèse*, Lyon, 1925-1926).
- GOUBEAU M. — Traitement des tuberculoses cutanées et du lupus (*Evol. méd. chirurg.*, Paris, 1924, p. 169-171).
- GROEDEL F. M. et H. LOSSEN. — Dangers du traitement par les rayons de Röntgen (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk.*, 1928, 68-428).
- GROWEN. — Roentgentherapie bei Lupus und Schofuloderm (*Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, 1901-1902, V, p. 35-37).
- GUIBERT. — Notions sur les tuberculoses cutanées. Leur traitement (*Gaz. méd. du Centre*, 1914, p. 9-11).
- HÖRUICKE. — Indikationen und Ergebnisse der Strahlenbehandlung bei Hauttuberkulose. *Tuberkulose*, München, 1926 (75-78).
- JADASSOHN. — Tuberculosis verrucosa cutis (*Deut. méd. Woch.*, 1894, p. 281).
- LELOIR. — *Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses*, Paris, 1892.
- LÉPINE et TOLOT. — Tuberculose verruqueuse (*Lyon médical*, 1904).
- LEREDDE. — *Traité de thérapeutique dermatologique*, 1904.
— Tuberculoses cutanées (*Rev. prat. des mal. cut. et syph.*, 1903).

- MAC KEE. — Scrofulous gummas after Roentgen treatment (*Archiv f. Dermat. Syph.*, Chicago, 1920).
- MERCKLEN. — *Annales de dermat. syph.*, mars 1886. (Résumé détaillé du travail de Riehl et Paltauf.)
- MICHEL. — (Voir Coste.)
- MOUTOT. — La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires (*Thèse*, Lyon, 1907).
- NATHAN. — Les grandes indications de la radiothérapie en dermatologie (*Journal médical français*, mars 1921, p. 109).
- NICOLAS et PILLON. — *Médecine*, 8 novembre 1926.
- NICOLAS. — (Voir Coste.)
- PAYENNEVILLE et BILLIARD. — Un cas de tuberculose verruqueuse du dos de la main guérie par la radiothérapie (*Normandie méd.*, avril 1927).
- PESTEL. — Traitement par les Rayons X de la tuberculose cutanée végétante (*Thèse*, Paris, 1908).
- PLICQUE. — Traitement des tuberculoses cutanées atypiques (*J. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1923, p. 63-65).
- RICHEZ. — Du traitement du lupus par la radiothérapie (*Thèse*, Lille, 1906).
- ROST G. A. — Die Behandlung der Hauttuberkulose (*Strahlen-therapie*, Berlin und Wien, 1921-22, p. 560-572).
- SAIDMAN et BIANCONI. — Les rayons ultra-violets dans le traitement des tuberculoses cutanées (*Bull. Société de radiol. méd. de France*, Paris, 1925, 222-225).
- SCHAMBERG. — Treatment of tuberculosis of the skin (*Prog. med. Philadelphie*, 1923, 249).
- SCHIFF und FREUND. — Lupus traité par les rayons X (*Kongress der Deutschen dermat. Gesellschaft*, 1901).
- SEQUEIRA J. H. — Treatment of cutaneous tuberculosis (*Brit. med. J.*, London, 1923, 503-506).
- SHELMIRE. — Tuberculosis verrucosa cutis (*Journ. of cutan. and genit. urin. diseases*, janvier 1906).
- THIBIERGE et LEGRAIN. — *Précis de thérapeutique des maladies de la peau* (Paris, 1922).
- TOWLE. — A case of tuberculosis verrucosa cutis (*Journal of cutaneous diseases*, 1907, p. 26).

- ULMANN KARL. — *K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien*, 26 oct. 1900.
- *Wiener dermat. Gesellsch.*, 28 nov. 1900.
- *Wiener dermat. Gesellsch.*, 23 nov. 1903.
- VALLAS. — Tuberculose cutanée verruqueuse (*Bull. Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1906, p. 5-190).
- VIGNOLO LUTTATI. — Sulla cosiddetta « tuberculosis verrucosa cutis » (*Giornale ital. de mal. ven.*, Milano, 1919, p. 43-50).
- VOLK. — Die Röntgentherapie der Hauttuberkulose (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 1923, p. 41-44).
- ZEISSLER. — *Transactions of the American Dermat. Assoc.* (Boston, 18-19-20, septembre 1902).
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
<i>Chapitre Premier</i> — Historique	9
<i>Chapitre II.</i> — Les rayons X d'après la technique du D ^r COSTE	19
<i>Chapitre III.</i> — Quel est le mécanisme de la gué- rison?	29
<i>Chapitre IV.</i> — Parallèle entre les principaux traitements actuels de la tuberculose verruqueuse	37
<i>Chapitre V.</i> — Observations	43
<i>Chapitre VI.</i> — Résultats et discussion des obser- vations	73
Conclusions	77
Bibliographie	79

